

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES EM IDOSAS  
INSTITUCIONALIZADAS COM DOENÇA MENTAL  
PROLONGADA**

**Ana Raquel Tabuada Rocha**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

2011

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES EM IDOSAS  
INSTITUCIONALIZADAS COM DOENÇA MENTAL  
PROLONGADA**

**Ana Raquel Tabuada Rocha**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wolfgang Rüdiger Lind

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)

2011

## **Agradecimentos**

Começo por agradecer de um modo especial às utentes participantes, sem as quais a elaboração deste estudo seria impossível, e por se tornarem parte do leque de pessoas que me abriram uma janela na qual visualizei um pouco do que é ser psicóloga e do muito que temos que construir diariamente para atingir a nossa missão.

Agradeço também, à Clínica Psiquiátrica de São José pela disponibilidade e abertura a este estudo.

Agradeço de um modo carinhoso ao Professor Wolfgang Lind e à Dr. Catarina Janeiro que, por sua vez, me abriram portas de entrada de motivação, de conhecimento constante, de incentivo e disponibilidade incansável. Um Muito Obrigada pela vossa presença, um muito obrigada por as vezes que me “levantaram”, um muito obrigada pela vossa orientação, um muito obrigada por terem sido a minha bússola. Sem os dois o caminho seria certamente mais difícil.

Um agradecimento indispensável ao Dr. Manuel Gonçalves-Pereira, pela oportunidade de formação na área de avaliação de necessidades e pelos momentos dispensados que me conduziram a reflexões que foram certamente uma mais valia para este estudo.

Deixo também o meu agradecimento à Professora Maria Eugénia Duarte Silva pelo tempo dispensado para reflexão e indicações bibliográficas.

Por fim, agradeço a todos os que me amam e apoiam diariamente e incondicionalmente e que o fizeram ao longo deste ano de dúvidas e reflexões. A todos, levo-vos no meu coração e espero um dia poder retribuir também de modo incondicional.

## Índice

Resumo .....	1
Abstract.....	2
Introdução .....	3
1.Enquadramento Teórico	
1.1 O Envelhecimento.....	4
1.2 Especificidades da População Idosa .....	7
1.2.1 O Envelhecimento no Feminino .....	9
1.2.2 Patologias na População Idosa.....	11
1.2.3 Institucionalização .....	18
1.3 Necessidades da Pessoa Idosa.....	20
1.3.1 Avaliação de Necessidades .....	24
2. Metodologia	
2.1 Enquadramento Metodológico .....	30
2.2 Desenho Metodológico	
2.2.1 Mapa Conceptual .....	32
2.2.2 Questão de Investigação e Objectivos do Estudo .....	32
2.3 Estratégia Metodológica	
2.3.1 Selecção e Caracterização da Amostra .....	33
2.3.2 Instrumentos	
Questionário Sócio-Demográfico .....	35
<i>Camberwell Assessment of Needs for The Elderly</i> .....	36
<i>Geriatric Depression Scale</i> .....	37
<i>Mini Mental State Examination</i> .....	38
2.3.3 Procedimento .....	38
2.3.4 Análise de Dados .....	39
3. Apresentação e Discussão de Resultados .....	40
4. Conclusões.....	48
Bibliografia.....	50

## Anexos

Anexo I- Questionário Sócio Demográfico

Anexo II- Exemplo de um item da *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly*

Anexo III- *Mini Mental State Examination*

Anexo IV- *Geriatric Depression Scale*

Anexo V- Consentimento Informado

Anexo VI- Análise de Variância do Estado Civil relativamente ao grau de depressão e às necessidades identificadas

## Índice de Gráficos e Quadros

<b>Gráfico 1-</b> Estado Civil.....	34
<b>Gráfico 2-</b> Nível de Escolaridade .....	34
<b>Gráfico 3-</b> Diagnóstico .....	35
<b>Quadro 1-</b> Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis de avaliação de necessidades, nível de Escolaridade, grau de depressão, idade e anos de institucionalização.....	42
<b>Quadro 2-</b> Correlação de <i>Spearman</i> , devido à distribuição não normal do MMSE, entre as variáveis déficit cognitivo, avaliação de necessidades, nível de escolaridade, idade, grau de depressão e anos de institucionalização.....	44
<b>Quadro 3-</b> Análise de Variância dos grupos de diagnóstico relativamente ao grau de déficit cognitivo, ao grau de depressão e à avaliação de necessidades.....	45

## Índice de Figuras

<b>Figura 1-</b> Mapa Conceptual .....	32
--	----

## Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
CANE	<i>Camberwell Assessment of Needs for the Elderly</i>
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>



## Resumo

O presente estudo teve como principal intuito a exploração e compreensão da Avaliação de Necessidades, numa população feminina envelhecida e institucionalizada numa clínica psiquiátrica. Perante isto, tornou-se necessária a análise da relação com e entre variáveis que envolvem esta temática, como o grau de depressão, o grau de défice cognitivo e alguns dados sócio-demográficos.

Este estudo foi composto por 52 participantes do sexo feminino com patologias mentais, institucionalizadas e com idade igual ou superior a 55 anos, em que relativamente à idade  $M=71$  e  $DP=11,03$ .

Foram utilizados como instrumentos a *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly* (CANE) para identificação das necessidades por parte das utentes, a *Geriatric Depression Scale* (GDS) para observação dos níveis de depressão existentes na amostra, o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para verificação dos níveis de défice cognitivo e o Questionário Sócio-Demográfico para levantamento de características da amostra.

Efectuou-se uma análise estatística dos dados através de correlações e análise de variância. Os resultados obtidos demonstraram a existência de correlações ( $p<0,01$ ) entre a avaliação de necessidades com o grau de depressão e a idade. É igualmente de salientar, que se não se verificaram diferenças significativas de resultados ( $p<0,01$ ) no instrumento de avaliação de necessidades, a CANE, no que diz respeito aos diferentes grupos de diagnóstico comparativamente aos outros dois instrumentos utilizados (GDS e MMSE).

Também se verificou a existência de uma correlação negativa entre o défice cognitivo e os anos de institucionalização ( $p<0,05$ ), bem como uma correlação positiva entre o défice cognitivo e o nível de escolaridade ( $p<0,01$ ).

Por fim, reflectiu-se e discutiu-se sobre aspectos, questões e limitações inerentes e suscitadas por este estudo, bem como sugestões e bases empíricas para futuras investigações.

**Palavras-chave:** *Necessidades, Avaliação de Necessidades, Institucionalização, Envelhecimento*

## Abstract

The present study had as main objective the exploration and understanding the Needs Assessment of a female population aged and institutionalized in a psychiatric institution. Given this, it became necessary to analyze the relationship between variables with and involving this issue, as the depression and cognitive impairment degree, as well some socio-demographic data.

This study was composed by 52 female participants with mental illness, institutionalized and aged 55 years or more, that with regard to age  $M = 71$ ,  $SD = 11.03$ . The instruments used were the *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly* (CANE) for identification of needs by the users, the *Geriatric Depression Scale* (GDS) to observe the levels of depression in the sample, the *Mini Mental State Examination* (MMSE) for check the levels of cognitive impairment and the socio-demographic questionnaire to survey the sample characteristics.

Was carried out a statistical analysis of data using correlation and analysis of variance. The results showed positive correlations ( $p < 0.01$ ) between the needs assessment with the depression degree and age. It is also noteworthy, that there were no significant differences in outcomes ( $p < 0.01$ ) in the assessment instrument needs, CANE, with regard to the different diagnostic groups compared with the other two instruments (MMSE and GDS ).

It was also noted that there was a negative correlation between cognitive impairment and years of institutionalization ( $p < 0.05$ ), and a positive correlation between cognitive impairment and level of education ( $p < 0.01$ ).

Finally, a reflection and discussion about issues and limitations raised by this study as well as suggestions and empirical bases for future investigations was done.

**Keywords:**      *Requirements,      Needs      Assessment,      Institutionalization,      Aging*

## Introdução

Este estudo foi realizado no âmbito de outro mais alargado e associado à temática da avaliação de necessidades da população idosa. A investigação está a decorrer na Clínica Psiquiátrica de S.José em Telheiras, sendo dirigida pelo Dr. Manuel Gonçalves-Pereira e pela Dr. Catarina Janeiro, que fizeram parte integrante da equipa inicial de validação da *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly* (CANE), em Portugal.

Vivemos no continente mais envelhecido do Mundo. Segundo o European Communities Council (2007), em 2025 um terço da população da Europa terá mais de sessenta anos (Fernández-Ballasteros, 2009).

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2001. Entre 1960 e 2001 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população idosa regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2001, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2001).

Este sector continuará a crescer, principalmente devido ao prolongamento da duração de vida em resultado dos progressos sanitários e melhor controlo dos flagelos tradicionais. A esperança de vida à nascença, em Portugal, continuará certamente a aumentar mais, sendo maior para as mulheres do que para os homens (Spar & La Rue, 1998).

Neste seguimento, prevê-se um aumento desproporcional do número de idosos com patologia mental grave. Devido a este crescimento esperado, tornou-se imperativo reflectir sobre o desafio que é envelhecer e, mais especificamente envelhecer com patologia mental, bem como proporcionar uma maior eficácia nas intervenções psicossociais que são adaptadas para atender às necessidades exclusivas desta mesma população (Cummings & Cassie, 2008).

# **1. Enquadramento Teórico**

## **1.1 O Envelhecimento**

*“ Há que se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos.” (Netto & Ponte, 2007)*

O envelhecimento é um processo paralelo ao desenvolvimento que decorre durante toda a nossa vida. Mesmo antes do momento em que nascemos até aos anos mais avançados, os últimos anos de vida.

Envelhecer é um dos temas mais complexos para o ser humano de encarar e para a ciência de analisar. No entanto, os seus aspectos subjectivos à muito que têm sido investigados e escritos (Birren & Schroots, 2001).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: individual e demográfica. Na primeira, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. A perspectiva demográfica, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa (INE, 2001).

De acordo com Fernández-Ballasteros (2009), o envelhecimento da população tem que ser considerado como o produto de êxito da nossa sociedade, no entanto, o importante não é meramente prolongar a vida, mas sim dar mais vida promovendo um envelhecimento saudável e activo e prevenindo a doença e a incapacitação, ponto este em que a psicologia exerce um papel essencial.

O envelhecimento populacional apresenta algumas características relevantes: crescente feminização, progressiva solidão e isolamento, o “super envelhecimento”, associado ao aumento considerável dos mais idosos (CEDRU, 2008).

A História da gerontopsicologia pode ser considerada longa ou curta dependendo se se tem em conta a extensa história cultural de ideias sobre o envelhecimento ou se o tema é restringido ao surgimento da pesquisa de mudanças e transformações que podem ocorrer no comportamento. Relativamente à última, é recente. Utiliza-se regularmente o ano de 1950 como altura do início de investigação organizada, a nível académico, na psicologia do envelhecimento. No entanto, são milhares os anos de especulação sobre temáticas como o destino e o como envelhecemos. Tais especulações influenciaram inevitavelmente conceitos contemporâneos do envelhecimento (Birren & Schroots, 2001).

O conceito de envelhecimento sempre reverteu o ser humano para pensamentos de doença e morte. Simplificar a complexidade destas mudanças como fonte de forças míticas serviu também como escape ao desconhecido. Na vida contemporânea, este conceito é visto como explicável por forças determinísticas através de esforços da ciência (Birren & Schroots, 2001).

A questão que se coloca devido às diferenças inter-individuais que ocorrem na população é de se o processo intrínseco que ocorre com o avançar da idade por si só é responsável pelas mudanças ou se factores extrínsecos ao processo de envelhecimento normal podem explicar a disparidade das mudanças de pessoa para pessoa. Dentro da categoria de envelhecimento normal tem sido feita a distinção entre envelhecimento comum, nos quais os factores extrínsecos intensificam os efeitos do processo de envelhecimento, e envelhecimento bem-sucedido, no qual eles não estariam presentes, ou quando existentes, seriam de pequena importância (Netto & Ponte, 2007).

A modificação do nosso comportamento é recorrentemente necessária tanto pela modificação do nosso corpo (sistema musculo-esquelético, doença), como para as adaptações socioeconómicas, como no caso da reforma e os seus efeitos financeiros. No geral, o envelhecimento humano é o resultado de relações ecológicas e uma base genética particular expressa num ambiente social e físico particular modificado pelas capacidades de estratégia individuais (Birren & Schroots, 2001).

Com a perspectiva do curso de vida assume-se que o desenvolvimento ultrapassa a infância, ocorrendo ao longo de toda a vida, aborda-se os percursos de vida individuais, salientando-se que os indivíduos são agentes das suas próprias vidas. Enfatiza-se a continuidade mas também a mudança ao longo da vida dos indivíduos ao nível de acontecimentos biológicos, sociais e associados à idade, que em determinada cultura e momento provocam impactos do ponto de vista psicológico exigindo o desempenho de papéis sociais. Estes acontecimentos têm o papel de tarefas de desenvolvimento (Duarte Silva, 2005).

Nesta perspectiva de curso de vida e de tarefas de desenvolvimento, surge-nos a teoria epigenética de Erikson (1982) que preconiza uma unidade para todo o ciclo de vida humano, assumindo o desenvolvimento como o resultado de uma sequência de fases de desenvolvimento. Nesta teoria o conflito reporta-se tanto a aspectos internos como externos ao indivíduo, e o desenvolvimento é dependente da melhor ou pior resolução de uma série de crises geradas por conflitos. Nesta teoria são apresentados oito conflitos, confiança *versus* desconfiança; autonomia *versus* vergonha/ dúvida, iniciativa *versus*

culpa, aplicação ao trabalho *versus* inferioridade, identidade *versus* confusão, intimidade *versus* isolamento, generatividade *versus* estagnação, integridade *versus* desespero (Erikson, 1982).

Os cinco primeiros conflitos dizem respeito à infância mas apresentam repercussões na idade adulta. Os dois primeiros conflitos da idade adulta estão orientados para a relação com os outros, muita embora dependam da relação consigo próprio. O último conflito do ciclo de vida, integridade *versus* desespero, representa o culminar do desenvolvimento dos anteriores e pressupõe uma aceitação e responsabilização face ao seu passado, do que se é e do que se viveu. As dificuldades e conflitos encontrados ao longo da vida devem ser entendidos num contexto sócio-histórico. Para entender a velhice, é essencial analisar toda a idade adulta, porque esta fase do ciclo de vida depende de todo o percurso anterior (Duarte Silva, 2005).

Ou seja, neste último conflito, o indivíduo reflecte sobre a sua vida e revive os seus sucessos e falhanços, incorporando no *self* novas construções de experiências e memórias sobre si mesmo e o mundo. O sentido de integridade do *self*, prioritário deste conflito, iria depender da aceitação ou não destas memórias e experiências, visto que com a aceitação o indivíduo irá experienciar sentimentos de equilíbrio, adaptação e satisfação (Erikson, 1982). Tendo em conta todas as mudanças e desafios que o idoso vai enfrentar, a identidade irá ser reelaborada (Duarte Silva, 2005).

Neste seguimento, de desafios e reelaboração da identidade, faz sentido distinguir entre envelhecimento normal, óptimo e patológico. Envelhecimento normal diz respeito à ausência de patologias tanto ao nível mental como biológico; o envelhecimento óptimo/ com sucesso corresponde a um estado de envelhecimento ideal, visto que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação no âmbito social e pessoal bastante satisfatória; o envelhecimento patológico apresenta um carácter degenerativo e associa-se a doenças crónicas, tanto do foro psíquico como físico, bem como a doenças típicas da velhice de desorganização biológica (Baltes & Baltes, 1990; Novo, 2000).

O envelhecimento normal e óptimo são indicadores de sanidade mental, sendo que o último se traduz numa melhor qualidade de vida, visto que o indivíduo procura de modo activo melhorar o seu funcionamento e desempenho, reflectindo-se numa melhoria no desenvolvimento do bem-estar psicológico (Duarte Silva, 2005). No entanto, nenhum ser humano consegue atingir uma velhice bem sucedida por si só se desprezar as circunstâncias sociais e ambientais envolventes. Tem que se ter em consideração os

factores sócio-históricos e adaptativos, ou seja, tem que se ter em conta uma perspectiva ecológica (Fonseca, 2005).

## **1.2 Especificidades da População Idosa**

Atingir a velhice significa que foi possível sobreviver e adaptar-se com mais ou menos saúde mental e consequentemente maior ou menor bem-estar a desafios específicos de outras fases da vida (Duarte Silva, 2005). A velhice pode ser um período de múltiplas perdas e transição de papéis, requerendo adaptação a mudanças do funcionamento físico, morte do cônjuge, família e amigos (Smith, 2007).

De acordo com Menninger (1999), o processo de envelhecimento ao longo da velhice, traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares (citado por Duarte Silva, 2005). Tais desafios reportam-se a aspectos de ordem física, psicológica e social (Duarte Silva, 2005). Devido a isto, esta fase de vida postula-se como um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar físico e psicológico.

O organismo humano, desde a sua concepção até à morte, passa por diferentes fases. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos, linear ao longo do tempo e com a impossibilidade de definição de um ponto exacto de transição. Se é fácil reconhecer algumas manifestações comuns em idosos, como as manifestações físicas, é impossível afirmar se estas são exclusivamente dependentes do envelhecimento, tendo em conta que factores genéticos e ambientais podem estar presentes, o que justifica o facto de duas pessoas não envelhecerem do mesmo modo (Netto & Ponte, 2007).

Birren & Zarit (1985; citado por Spar & La Rue, 1998) mencionam o envelhecimento biológico, senescência, como um processo de mudança no organismo que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade fisiológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.

Os gerontólogos acentuam que a velhice vive-se primeiro que tudo no corpo, não significando que o indivíduo esteja atento imediatamente aos seus sinais e a estes reaja. Como sinais entendam-se os cabelos embranquecidos, a pele mais seca e com menor elasticidade, rugas, deterioração visual e auditiva, lentidão de reflexos, menor capacidade respiratória, menor equilíbrio e resistência, cansaço e recuperação física mais lenta, menor eficácia do sistema imunitário para proteger o corpo de infecções e de uma maneira geral a perda de saúde física. Muitas destas manifestações de velhice representam o envelhecimento primário, gradual e universal, mas outras referem-se ao envelhecimento

secundário, associado a doença e tradutores de excertos de história de vida (Duarte Silva, 2005).

De acordo com Botelho (2001; citado por Duarte Silva, 2005), diversos sinais de envelhecimento e da velhice, alguns inerentes à deterioração cognitiva e física, interferem na capacidade funcional associada à autonomia do funcionamento executivo do dia-a-dia, desde actividades que se reportam à auto-suficiência no cuidado de si próprio e que se inserem no contexto domicílio, até outras que implicam deslocação, com ou sem transportes, como compras, visitas ou consultas médicas.

Deste modo, existe toda uma expressão de envelhecimento e velhice materializada na aparência dos indivíduos, sendo um critério para o mundo dos outros, utilizado para justificar a denominação de pessoa *idosa* (Permulter & Hall, 1992; citado por Duarte Silva, 2005).

Transformações de ordem física remetem-nos, novamente, à aceitação de um novo *self*, menos robusto e capaz, diferente da imagem da juventude. Quando estas transformações se reflectem numa razoável perda de autonomia funcional, coloca-se o desafio de ficar dependente. Esta dependência, de uma forma geral, vive-se inicialmente no contexto da família restrita, exigindo uma redefinição das relações existentes anteriormente até se poder atingir um equilíbrio, interferindo neste processo as histórias de vida anteriores de relações de dependência com objectos cuidadores. Ocupam-se, então, diversas posições no ciclo de vida da família (Duarte Silva, 2005).

A chegada desta fase da vida acompanha-se da mudança de papéis e, muitas vezes, da perda de papéis. A maioria das pessoas pode esperar transformações nos papéis ocupacionais, familiares e comunitários e, para muitas, o número de papéis diminui na idade avançada (Spar & La Rue, 1998).

Viver muitos anos significa ter passado por múltiplas experiências com impactos diferenciados do ponto de vista emocional e que se estabeleceram diferentes relações afectivo-emocionais. Assim, engloba-se a experiência de perda nestas vivências passadas, existindo um mundo de relações que se transforma/empobrece e de perda, muitas vezes, de companheiros que fizeram parte de uma história de vida. A sobrevivência perante estas perdas afectivas pressupõe a capacidade de fazer o luto (Duarte Silva, 2005). O luto produz muitas vezes mais sintomas depressivos e menos afecto positivo, bem como perda de auto-estima ou sentimentos de culpa (Spar & La Rue, 1998).

Uma outra especificidade desta população e da chegada da velhice diz respeito à cessação da actividade laboral, a reforma. Se a carreira profissional funcionou como um



definidor determinante daquilo que o indivíduo considera que é como pessoa pode experienciar uma perda significativa (Duarte Silva, 2005).

Nos países industrializados a participação das pessoas idosas na força de trabalho tem-se reduzido nitidamente devido a melhorias nas condições de reforma. Apesar de as pessoas mencionarem a falta de dinheiro e oportunidades de contacto social no trabalho diário, a maior parte reforma-se avidamente e adopta novas rotinas/ actividades. Isto acontece quando a reforma é previsível e o rendimento é adequado (Spar & La Rue, 1998).

Em comparação com pessoas mais novas, os idosos tendem a ter redes sociais mais pequenas e contactos interpessoais menos frequentes, dependendo mais fortemente de familiares e de amizades antigas. As relações íntimas e com confidentes podem ter muito valor, até ao nível da sobrevivência, para o bem-estar e saúde mental da pessoa idosa, sendo que a crescente incapacidade funcional vai condicionar o manter amizades duma vida inteira ou construir novas amizades. Também a continuação do desempenho de múltiplos papéis sociais tem sido associado a uma maior satisfação com a vida e a sentimentos de auto-eficácia (Spar & La Rue, 1998)

Com tudo isto, são as diversas condições intra e inter-individuais que vão determinar o processo e respostas adaptativas que cada indivíduo desenvolve perante todas estas transformações normativas e inerentes à chegada da velhice. Neste processo, adaptar-se significa a compensação de perdas pela utilização de recursos a novas estratégias de pensamento e resolução de problemas.

### **1.2.1 O Envelhecimento no Feminino**

O crescente aumento da esperança média de vida, apesar de extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme, sendo mais significativo para a mulher do que para o homem (INE, 2007). O índice de envelhecimento compreende uma proporção de 132 mulheres para 90 homens. Tal facto é compreensível se consideramos que, no ano de 2008, as mulheres portuguesas apresentavam uma esperança média de vida de 83 anos, contrastando com os 76 anos de esperança média de vida da população masculina (*World Health Organization*, 2010).

Existem várias explicações para este fenómeno (Netto & Ponte, 2007):

- Biológicas: p.e, factor de protecção conferido pelas hormonas femininas;
- Diferenças na exposição a factores de risco de trabalho e mortes por causas externas (trânsito, quedas, homicídios, suicídios, etc.) que ocorrem em maior proporção nos homens;

- Diferenças no consumo de álcool e tabaco, visto que estes produtos são associados às principais causas de morte acima dos 45 anos;
- Diferenças de atitude em relação à doença, mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas, possuem melhor conhecimento das doenças e utilizam mais os serviços de saúde. O diagnóstico precoce confere um melhor prognóstico.

Apesar disto, muitos destes factores de risco predominantes nos homens, podem vir a estender-se à mulher, devido à crescente luta pela defesa de igualdade e ampliação do seu espaço (p.e., maior participação na força de trabalho, não discriminação pelo consumo de álcool e tabaco). Actualmente, a maior participação na força de trabalho da mulher é também uma das principais causas da ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de incapacidade (Netto & Ponte, 2007).

Têm sido descritas diferenças importantes entre os sexos relativamente à longevidade, prevalência de situações médicas e mentais específicas (p.e. doenças cardíacas, doença de Alzheimer) e taxas de incapacidade. Numa investigação de Baltes, Mayer, Helmschen e Steinhagen-Thiessen (1993, 1994; citado por Mouro, 2009), foi efectuada uma comparação entre homens e mulheres de acordo com 32 variáveis relacionadas com a saúde. Verificaram-se diversas associações entre o sexo feminino e uma maior prevalência não só de doenças crónicas e queixas somáticas, como de incapacidades funcionais, problemas de morbilidade, doenças psiquiátricas severas, depressões e uma maior necessidade de ajuda. Nesta linha, considera-se que as mulheres apresentam uma maior fragilidade, física e social, relativamente ao sexo masculino já que se verifica uma maior deterioração da sua qualidade de vida (Martins de Campos, 2006).

O preço que as mulheres pagam por vidas mais longas parece ser uma proporção dos seus últimos anos comprometidos por incapacidade funcional, declínio mental (encontrado com maior prevalência no sexo feminino), doenças crónicas, opções limitadas em relação a cuidados domiciliários, levando toda esta debilidade a uma maior probabilidade de passarem o fim de vida num lar (institucionalização). Não esquecendo também a deterioração de alguns factores socioeconómicos como a redução de rendimentos, viuvez e vivências de solidão no final de vida. (Bond, Coleman & Peace, 1998; Spar & La Rue, 1998; Netto & Ponte, 2007).

A disponibilidade de relações conjugais na velhice é diferente nas mulheres e homens. Metade das mulheres com 65 ou mais anos são viúvas, podendo prever sê-lo durante mais de quinze anos. Muitas mulheres idosas vivem sozinhas nos últimos anos por morte do marido ou por separação imposta devido a falta de saúde. Devido ao aumento da

esperança de vida as taxas de viuvez estão a diminuir gradualmente, mas esta tendência é compensada pelo maior número de idosos divorciados e solitários (Spar & La Rue, 1998).

Verifica-se que 75% dos cuidadores informais são mulheres idosas cuidadoras de cônjuges doentes, as quais apresentam um risco de declínio ao nível do funcionamento cognitivo, comparativamente com idosas não-cuidadoras, relatando a presença de sintomatologia depressiva/ansiosa associada a elevados níveis de stress (Lee, Kawachi, & Grodstein, 2004; citado por Smith, 2007).

As mulheres idosas apresentam ainda maior probabilidade de experienciarem situações de perda: perda financeira, perda funcional, perda da capacidade reprodutora (indicador *major* da idade biológica), perdas afectivas, nomeadamente do cônjuge (Duarte Silva, 2005; Smith, 2007). A viuvez constitui, assim, um dos principais momentos de transição e um dos motivos que conduzem ao aumento da vulnerabilidade para a solidão e sofrimento em mulheres idosas (Beal, 2006; Smith, 2007). Por outro lado, um suporte social e uma afiliação religiosa podem favorecer a adaptação a esta nova fase (Smith, 2007).

É também salientado por vários autores que as mulheres idosas manifestam mais problemas de saúde mental do que os homens, sendo que a percentagem de mulheres idosas que sofrem de doença de Alzheimer corresponde ao dobro da percentagem de homens (Mulnard et al., 2000, citado por Lehmann, 2003) e que a prevalência de desordens depressivas e/ou ansiosas é superior no sexo feminino (Regier et al., 1988, citado por Lehmann, 2003).

De acordo com Smith (2007), várias investigações efectuadas nos últimos anos salientam que as mulheres idosas institucionalizadas reportam mais problemas de saúde e menor satisfação com a vida, comparativamente com as que vivem na sua comunidade. O autor também salienta o facto de que a população idosa feminina está menos predisposta a ceder a estigmas relativos a acompanhamento psicológico, logo acediam mais a estes serviços.

Devido às mulheres idosas, presentemente, ocuparem uma maior espaço na nossa sociedade, acabou por se tornar essencial direccionarmos uma maior atenção de estudo para as suas necessidades.

### **1.2.2 Patologias na População Idosa**

Com o passar dos anos vai ocorrendo um aumento exponencial da mortalidade e esta é precedida por elevação também exponencial da prevalência de entidades patológicas (Netto & Ponte, 2007).

Como o envelhecimento se tornou mais previsível, também os problemas de saúde dos idosos ganharam mais importância (Spar & La Rue 1998).

Como já foi referido, com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais a nível físico, cognitivo e sensorial, que embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do envelhecimento normal. Muitas das mudanças profundas desta fase de vida culminam em incapacidades de naturezas diversas. Nem sempre é fácil estabelecer os limites entre senescência e senilidade, ou seja, entre modificações peculiares do envelhecimento e as decorrentes de processos mórbidos mais comuns em idosos. Isto deve-se, por um lado, à grande variabilidade de comportamentos individuais durante a vida, e por outro, ao facto de as pessoas idosas não se apresentarem com as manifestações clássicas observáveis em indivíduos jovens (Netto & Ponte, 2007).

A idade traz consigo maior fragilidade e por consequência mais doença, tanto física como psíquica. É sabido, por exemplo, como com os anos se atenua a percepção da dor ou da sede, como se altera a regulação da temperatura e surgem quadros apiréticos, como se perturba a regulação da postura e se facilitam as quedas. As doenças surgem assim muitas vezes com expressão atípica e de maneira insidiosa, dificultando o diagnóstico (Spar & La Rue, 1998).

Porque é que algumas pessoas envelhecem de maneira saudável e outras não? Porque é que alguns mantêm as suas capacidades mentais e neurocomportamentais intactas e outros desenvolvem demências (como Alzheimer)? Estes porquês mantêm-se em grande parte sem resposta, no entanto o sistema nervoso, quando em falha, com lesão e com os efeitos do envelhecimento afirma-se como o responsável de variadas falhas do organismo, como ao nível de funções viscerais, respiratórias, sensoriais (audição e visão, p.e), cognitivas, assumindo um importante papel no envelhecimento somático e na sobrevivência do organismo (Vinters, 2001).

Vários autores abordam estes diversos declínios que acompanham a velhice. Mencionam tendências gerais do envelhecimento ao nível físico, ao nível de aptidões cognitivas e ao nível da saúde mental. Aspectos relativos ao nível físico são caracterizados

como um declínio relativo a um indivíduo menos robusto e capaz, com défices posturais, lentificação de movimentos e de reflexos que aumentam a predisposição para limitações de mobilidade e propensão a quedas.

Ao nível de aptidões cognitivas mencionam-se aspectos da inteligência relativamente estáveis ao longo da vida (cristalizada), como o vocabulário, informação e compreensão, tendo em conta que a execução de tarefas perceptivo-motoras (inteligência fluida) novas e rápidas podem começar a apresentar um comprometimento a partir dos cinquenta anos. A atenção ao nível da capacidade de filtração de informação, repartição por múltiplas tarefas ou desvio do foco de um tópico para o outro encontra-se menos activa, bem como a linguagem e capacidades visuais e auditivas que se constituem como parte essencial para a execução de uma boa comunicação inter-pessoal. A compreensão de mensagens novas e complexas tornam-se mais difíceis, o discurso do idoso torna-se mais repetitivo (reflexo tanto de problemas de memória de curto prazo como reduzidas oportunidades de conversação). Também as habilidades visuo-espaciais, o raciocínio, funções de execução e rapidez apresentam um declínio mais acentuado a partir dos sessenta, setenta anos. Relativamente à memória e aprendizagem constituirão a maior percentagem de queixas cognitivas da população idosa, se bem que a capacidade da memória de longo prazo normalmente é mantida (Spar & La Rue, 1998).

Netto e Ponte (2007), enumeram como principais causas de incapacidades num idoso o acidente vascular cerebral, doenças pulmonares, doença de Parkinson, doenças osteoarticulares, demências, depressão e quedas. Também estes autores apontam que os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e pela pobreza.

A maior parte dos idosos tem pelo menos uma doença crónica do âmbito médico e vários problemas concomitantes. Sofrem de artrite, problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos e défices auditivos ou visuais com mais frequência do que as pessoas de meia-idade. Cada uma destas situações pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida. Doenças cardíacas, cancro e acidentes vasculares cerebrais estão na base de duas em cada três mortes de idosos (Spar & La Rue 1998).

Em psiquiatria geriátrica a co-morbilidade é a regra e não a excepção nos idosos. As perturbações psíquicas resultam muitas vezes de causas físicas, tanto cerebrais como sistémicas, ou são agravadas por estas. E o inverso é igualmente verdadeiro: a doença mental acarreta frequentemente má alimentação, deficiente higiene e exposição a factores de risco responsáveis pela deterioração do estado geral. Também factores sociais como o

isolamento e a dependência económica são causa e consequência do adoecer físico e mental. Deste modo, a etiologia multifactorial vem a ser uma característica própria das doenças na idade avançada (Spar & La Rue, 1998).

Existem algumas patologias que se podem antecipar como o reequilibrar do funcionamento biopsicossocial do advento da velhice, dependente de alterações do funcionamento físico e cognitivo. Vários autores mencionam que, exceptuando a demência, considerada como patologia específica da velhice, muitas outras de origem mental aparecem na velhice com menor grau de incidência e gravidade do que noutras fases da vida. Isto explica-se por uma selecção natural em que os casos mais graves padeceram e, os mais resilientes, melhoraram e estabilizaram as respectivas patologias (Duarte Silva, 2005).

Os indivíduos idosos com perturbações mentais constituem um subgrupo considerável da população idosa e as estimativas de diagnóstico são maiores nos grupos hospitalizados, principalmente nos de longo internamento, do que nos grupos de comunidade. Os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos mais novos, no entanto, na população idosa alguns estados apresentam uma maior prevalência e morbilidade. Muitos indivíduos idosos sem perturbações mentais graves, experimentam reacções de adaptação a *stresses* pessoais, ao luto, síndromes dolorosas e alterações do sono. Medidas educativas e outras intervenções dirigidas evitam o desencadear de situações psíquicas ou médicas mais graves (Spar & La Rue, 1998).

A demência é um síndrome clínico, no qual ocorre decréscimo adquirido da função cognitiva, manifestando-se com défice de memória e outras funções corticais superiores como a linguagem e julgamento. Desenvolvem-se mudanças neuropatológicas e perda de capacidade de adaptação à nova condição (Netto & Ponte, 2007).

As manifestações clínicas da demência consistem na interrupção de funções fundamentais como o despertar, o humor, motivação, movimento, nas demências subcorticais (Parkinson), e a deterioração da linguagem, aprendizagem e percepção nas corticais (demência vascular, demência de Alzheimer) (Vézina, Capelliez & Landreville, 1994).

A demência também se tornou alvo de contradição. Com o passar dos anos há perda de 0,2% da massa encefálica por ano de vida, o que poderia ser responsável pela insuficiência das funções cerebrais que, em estados mais avançados, levaria a um quadro demencial, vinculando a alteração funcional à anatómica, o que não está comprovado. Por

outro lado, estudos populacionais revelam preservação do intelecto e das funções mentais com o envelhecimento normal. Esta observação leva à conclusão de que a insuficiência das funções cerebrais não pode ser considerada como processo normal do envelhecimento, mas representa o impacto dos estados mórbidos cuja prevalência aumenta nas idades mais avançadas (Netto & Ponte, 2007).

Schoenberg (1986; citado por Netto & Ponte, 2007) verificou uma maior prevalência dos diferentes tipos de demência no sexo feminino. A literatura também indica que baixos níveis de educação são preditores de problemas cognitivos e que entre indivíduos com demência de Alzheimer se verifica a existência de um nível de escolaridade baixo (Mortimer & Graves, 1993; Hill & Greg, 2002)

A doença de Alzheimer caracteriza-se por um curso clínico característico com um declínio insidioso, progressivo da memória e outras funções corticais como linguagem, julgamento, conceito, habilidades visuo-espaciais. Ocorrem também mudanças de comportamento e da personalidade, associadas às cognitivas, em que por vezes os doentes podem reagir agressivamente a familiares quando os deixam de reconhecer. As perdas cognitivas acabam por aumentar de uma maneira invariável que leva à total dependência do idoso de outros (Netto & Ponte, 2007).

Ao grupo das demências potencialmente reversíveis corresponde 5% a 30% das demências e o reconhecimento precoce das condições passíveis de tratamento é essencial para que não se tornem irreversíveis. As causas deste tipo de demência podem ser relativas a distúrbios metabólicos, infecções intracranianas, causas estruturais e distúrbios psiquiátricos (Netto & Ponte, 2007).

Os pacientes em fase inicial de demência têm consciência de que algo está a mudar, sendo esta noção mais alta quanto mais alto o nível socioeconómico e cultural. O idoso pode tentar mascarar as suas dificuldades em testes de *screening* para demência, como é o caso do *Mini Mental State* (MMSE). Esta fase acaba por ser a mais dolorosa para o paciente mas também a ideal para se conseguir a sua colaboração (Netto & Ponte, 2007).

Com a excepção do défice cognitivo, verificam-se rácios baixos de diagnósticos psiquiátricos em idosos comparativamente com a restante população. No entanto, a população idosa feminina manifesta problemas de saúde mental, não recebendo cuidados adequados, em maior proporção do que no sector masculino. Uma das falhas poderá partir por parte dos profissionais de saúde e da sua formação de saúde mental geriátrica para diagnosticar e identificar, dando sempre maior importância a sintomas físicos (Smith, 2007).

A depressão é um estado tão importante como os défices cognitivos nos adultos mais velhos. Na comunidade, as percentagens de indivíduos idosos cujos sintomas satisfazem os critérios do diagnóstico de depressão *major* e perturbação distímica são baixos, o que pode ser explicado por critérios tradicionais que não fazem justiça à prevalência dos sintomas nesta população. Em hospitais, pelo menos 25% dos doentes idosos têm perturbações de humor e 50% das admissões de idosos em hospitais psiquiátricos são devidas a situações de depressão. A depressão geriátrica apresenta uma improbabilidade de remissão espontânea. (Spar & La Rue, 1998).

A deterioração da saúde, as mudanças físicas, sensoriais e cognitivas, a “partida” dos filhos, a morte do cônjuge e dos entes queridos e todas as transições que acompanham a fase da velhice tornam esta população mais vulnerável a este tipo de patologias (Vézina et al., 1994)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 30% a 35% da população idosa nos países industrializados apresentam algum tipo de distúrbio mental e que um em cada dez idosos sofre de depressão. A maioria sofre de distúrbios depressivos ou neuróticos tendo uma natureza maioritariamente psicossocial (Netto & Ponte, 2007).

A depressão no idoso apresenta diversas formas de apresentação clínica com queixas funcionais e sintomas mais específicos: psicótica, psicogénica, somatogénica, mascarada, endógena, com alteração cognitiva (pseudodemência depressiva), causada por uma situação geral do foro médico, no âmbito de uma perturbação bipolar do humor (Spar e La Rue, 1998).

A depressão na população idosa, muitas vezes, não é identificada devido a situações de co-morbilidade em situações médicas com sintomas semelhantes. Mesmo os próprios idosos são mais propensos a queixar-se de sintomas físicos e menos da descrição de vivências de disforia e variâncias de humor. Para agravar, acrescenta-se o facto de os funcionamentos deficitários de demência e *delirium* serem mais prevalentes nesta população, tornando a distinção entre depressão e demência difícil devido aos sintomas comuns como distúrbio de sono, anedonia/apatia, queixas de lacunas de memória (Smith, 2007). Isto também acontece pelas implicações de alterações cognitivas inerentes à própria depressão, e os sintomas depressivos inerentes à própria consciencialização inicial da demência (Spar & La Rue, 1998).

Tanto entre o sexo feminino como masculino, na população idosa, as taxas de depressão e outros distúrbios psiquiátricos são mais altos em pacientes institucionalizados do que em idosos em comunidade (Gatz & Fiske, 2003; citado por Smith, 2007).



Um dos principais instrumentos de medida da depressão é a *Geriatric Depression Scale* (GDS), uma escala de auto-avaliação criada para colmatar algumas das lacunas de outras escalas, de fácil aplicação, que exige poucos esforços da pessoa idosa e é livre de itens somáticos (Vézina et al., 1994).

A depressão tem sido identificada como uma das causas do acréscimo de risco de mortalidade nos idosos. Está associada a condições de comorbidade psiquiátrica, défice cognitivo e deficiência física nas mulheres, sendo a sua detecção e tratamento imperativas na população idosa feminina (Smith, 2007).

Investigações demonstram que as intervenções tradicionais que incluem medicação antidepressiva, dinâmicas psicológicas cognitivas, breves, comportamentais, bem como psicoterapias interpessoais são bem sucedidas no alívio de sintomas depressivos e tratamento de outros diagnósticos psiquiátricos nos idosos (Smith, 2007).

Outros distúrbios psiquiátricos existentes na população idosa são relacionados com perturbações de ansiedade, perturbações esquizofrénicas e perturbações da personalidade (Spar & La Rue, 1998).

As perturbações de ansiedade apresentam uma prevalência nesta população de 5,5%, sendo a maior parte perturbações fóbicas, seguidas de perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações de pânico. O diagnóstico exacto é difícil devido à sobreposição de sintomas noutras situações de sintomas de doenças físicas (cardiorrespiratórias) e patologias do Eixo I (DSM-IV-TR) como depressão, demência e psicose de início tardio (Spar & La Rue, 1998).

As psicoses e psicoses de início tardio têm uma prevalência difícil de estimar devido à falta de uniformidade do diagnóstico em diversas investigações. O DSM-IV reconhece a possibilidade de início tardio em todas as doenças psicóticas incluindo a esquizofrenia, perturbação delirante, perturbação do humor com características psicóticas, a perturbação psicótica causada por substâncias ou com origem numa situação geral do foro médico.

Para além de aliviar sintomas de distúrbios cognitivos e psiquiátricos, as intervenções psicoterapêuticas com mulheres idosas podem-se focar no desenvolvimento da activação emocional e expressiva, visto que demonstrou aumentar a função imunológica, reconstruir a visão sobre preocupações da vida relacionadas com o decorrer da idade ao nível sexual e de imagem corporal (Smith, 2007).

Os psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental na área gerontológica, acabam por ter pelos menos dois papéis importantes relativamente a esta

população. Identificar e tratar perturbações psiquiátricas específicas, bem como proporcionar educação, suporte e intervenções preventivas para ajudar os indivíduos idosos e as suas famílias a entenderem-se com os *stresses* habituais do envelhecimento (Spar & La Rue, 1998).

### **1.2.3. Institucionalização**

Apesar da maioria dos idosos poder viver de modo saudável e independente, uma minoria substancial necessitará de cuidados continuados devido a défices cognitivos associados à idade. A institucionalização surge, muitas vezes, como forma de conhecer e preencher as necessidades desta minoria (Hill & Greg, 2002).

A institucionalização engloba um conjunto de serviços que existem num cuidado continuado de vinte e quatro horas, como no caso de indivíduos que se encontram incapazes de desempenhar até as tarefas mais básicas de cuidados pessoais e que necessitam de acompanhamento médico permanente para lidar com a progressão da doença e outros problemas de saúde. Ou seja, é muito improvável que um idoso com este tipo de necessidades consiga viver autonomamente sem este tipo de cuidados (Hill & Gregg, 2002).

Os indivíduos que necessitam deste tipo de cuidados são identificados como idosos frágeis, e possuem três características que os distinguem da restante população idosa capaz de viver autonomamente: idade avançada, incapacidade, e poucos recursos para viver de modo independente (Hill & Greg, 2002).

Resumindo, a incapacidade física e cognitiva é um importante determinante da necessidade de institucionalização (Hill & Greg, 2002). Também os recursos influenciam a decisão da institucionalização. Como exemplo, está a importância do apoio formal e informal. Investigações sugerem que idosos que vivem sem um companheiro correm um maior risco de necessitar de cuidados formais e informais, amplificando a perda da independência funcional (Hill & Greg, 2002).

Apesar da maioria dos idosos preferirem viver independentemente, a sua saúde física pode levar à consideração de uma institucionalização que forneça um ambiente mais protector e de suporte. Características da transição para esta fase de vida como perdas que levam à solidão, desespero, e isolamento podem levar a condições psicopatológicas como a depressão, aumentando a predisposição para a necessidade de serviços de tratamento continuado (Thorn, 2002)

O modelo de institucionalização e serviços é definido pelos múltiplos domínios do cuidar: contexto, escolha do consumidor e serviço. O primeiro componente salienta o contexto de vida e envolve a distribuição do espaço privado *versus* o espaço partilhado. O segundo componente envolve a natureza do controlo nomeadamente o espaço incluindo quem entra, onde se localiza, o horário das tarefas de cuidar, e a oportunidade de recusa de tratamento. Aqui o tratar optimiza a escolha e liberdade individual. O terceiro componente engloba a natureza e disponibilidade de serviços (Thorn, 2002).

A institucionalização é uma resposta social a uma situação normativa da vida. Nos últimos 15-20 anos, a variedade de opções de institucionalização para idosos tornaram-se uma resposta a uma necessidade significativa da sociedade e desejo de prolongar o período de vida em que o individuo se mantém autónomo e independente (Thorn, 2002).

Numa fase inicial de declínio, um baixo nível de tratamento com poucos serviços é mais adequado para colmatar as necessidades dos idosos que geralmente tentam manter-se o mais independentes e auto-suficientes quanto possível. Quando o declínio físico ou cognitivo avança para estados mais severos, a assistência directa das actividades diárias e dos serviços profissionais são necessários e constituintes dum alto nível de tratamento. As residências assistidas podem satisfazer as necessidades para os que apresentam níveis moderados de declínio, enquanto infra-estruturas hospitalares são mais apropriadas para os que apresentam necessidades médicas severas. Tomadas de decisões relativas à institucionalização ou a um viver autónomo são frequentes na presença de lesões, declínio e necessidade de assistência. Muitas vezes o idoso decide por sua vontade institucionalizar-se para uma maior assistência das suas necessidades. Noutros casos, a decisão é encorajada ou persistida pela família e amigos (Thorn, 2002).

A qualidade de vida em instituição é, em geral, mais baixa do que em comunidade, provocando mudanças rápidas no equilíbrio psicofísico do idoso (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006).

Segundo Thorn (2002), a vida em instituição pode tornar-se num conjunto de rotinas onde a privacidade e interacções são limitadas. Algumas das rotinas e regras são importantes para o tratamento mas, por vezes, podem servir alguma necessidade de gestão e do *staff*. Deste modo, ocasionalmente pode-se criar um obstáculo à satisfação de necessidades dos utentes em outras áreas. Este autor também menciona que, de acordo com a literatura, sugere-se que os casos de declínio moderado-severo físico e cognitivo, necessitam de um alto suporte psicossocial. A institucionalização geriátrica que fornece uma alta qualidade de vida é compatível com as instituições que procuram proactivamente

o colmatar das necessidades psicossociais como continuidade das necessidades físicas ou de saúde, algo que é compatível e coerente com o tipo de funcionamento da Clínica Psiquiátrica de São José.

Estratégias de *empowerment* são apontadas como ponto positivo para a melhoria do funcionamento psicológico e longevidade entre idosos institucionalizados (Dulin, 2002).

Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), realizaram um estudo longitudinal com o objectivo de identificar o impacto da institucionalização no idoso e que mudanças ocorrem a nível cognitivo e psicopatológico, autonomia e percepção da qualidade de vida. Utilizaram escalas como a GDS, o MMSE e a versão breve do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. Concluíram, que com a entrada para internamento, verificava-se um declínio físico e mental (psicóticos, somatização, depressão) e a qualidade de vida era identificada como baixa. Após 6 meses, verificava-se um aumento do sentimento de solidão um declínio físico, mental e na percepção da qualidade de vida, existindo uma taxa de mortalidade de 33%.

A proporção de diagnósticos psiquiátricos é consideravelmente superior em idosos institucionalizados, comparativamente com idosos que vivem na comunidade (Smith, 2007).

A cultura corrente e o clima interpessoal das instituições, por vezes, não facilitam um funcionamento mental saudável. No entanto, algumas medidas podem ser tomadas para melhorar: o *staff* pode estabelecer relações com os idosos de modo a contribuir para um melhor funcionamento físico e mental, a utilização de técnicas de escuta activa e validação ajudam o idoso a sentir-se compreendido o que reduzirá o *stress* psicológico, técnicas que facilitam o *empowerment* interno e externo e o aumento da auto-eficácia. Todas estas medidas melhoram e enriquecem o ambiente tanto para idosos como para o *staff* (Dulin, 2002).

### **1.3. Necessidades da pessoa idosa**

A população de idosos no geral não é um grupo homogéneo e existem diferenças que se devem identificar e conhecer para poder dar-se uma resposta adequada aos problemas que apresentam (Magdalena, 2007). Mais concretamente, as pessoas com distúrbios mentais partilham determinadas características com as que não possuem, ao nível do envelhecimento físico geral, ajustes do organismo e consequentes necessidades de serviços, desajustes psicológicos como sentimentos depressivos e de ansiedade. Mas, esta

população com distúrbios possui características próprias, como resultado directo da presença de um distúrbio durante toda a vida (Bigby, 2002).

O conceito de necessidade tem sido alvo de múltiplas abordagens e definições por vários autores. Considera-se «necessidade» um problema significativo na área social ou da saúde, para o qual existem soluções ou intervenções potenciais (Gonçalves-Pereira, Fernandes, Leuschner, Barreto, Falcão, Firmino, Mateos e Orrel, 2007).

Bradshaw (1972, citado por Bengtsson-Tops & Hansson, 1999), numa perspectiva de cariz social, menciona quatro tipos de necessidades que interagem entre si. Estas são as necessidades normativas que se referem à diferença entre o estado de uma pessoa e uma norma existente; as necessidades percebidas, que são as necessidades sentidas pelos indivíduos e que se tornam expressas; as necessidades comparativas que podem ser identificadas pela comparação entre diferentes grupos ou indivíduos.

Brewin (1992; citado por Bengtsson-Tops & Hansson, 1999) define necessidade como uma carência objectiva com a possibilidade de ser considerada sob três pontos de vista, relacionando-a com a área da saúde. Uma necessidade pode ser considerada uma carência de saúde ou bem-estar, uma falta de acessibilidade a atendimento em meio institucional de cuidados de saúde ou uma lacuna de actividades específicas proporcionadas por profissionais de saúde. O autor sugere que só se pode considerar uma necessidade caso haja um padrão de cuidados que possam ser prestados com o objectivo de melhorar o problema.

A teoria da motivação de Maslow (1943) é automaticamente evocada quando falamos em necessidades. Este autor propôs uma hierarquia das necessidades em pirâmide, encontrando-se na base as necessidades mais fundamentais que devem ser colmatadas antes de todas as outras, as necessidades fisiológicas, seguidas de outras necessidades de origem intra e interpessoal.

Deste modo, esta teoria, assume que as necessidades básicas do ser humano se encontram na base da pirâmide e são fisiológicas (sono, sede, fome). Quando estas necessidades se encontram satisfeitas surge um novo conjunto de necessidades, as de segurança. Por sua vez, quando estas duas anteriores se encontram satisfeitas surgem as necessidades de afecto e de amor. Antes de se chegar ao topo da pirâmide ainda se encontram as necessidades de auto-estima e estima pelos outros seguidas pela última necessidade a ser satisfeita, a de auto-realização (Maslow, 1943).

Apesar de a teoria da Motivação ser considerada uma base na área das necessidades, será importante referir que teorias preconizadas durante muitos anos acabam,

algumas vezes, por não ser corroboradas pelos dados empíricos. De acordo com Majercsik (2005; citado por Ribeiro, 2010), as necessidades de pacientes geriátricos poderão não integrar a hierarquia de Maslow. Depois de o autor ter estudado as necessidades de idosos com mais de 60 anos, verificou que as suas necessidades básicas não são as fisiológicas, mas sim as de auto-realização. O autor explica esta inversão na hierarquia das necessidades de acordo com o processo de envelhecimento, pelo facto dos idosos se depararem com uma perda das suas capacidades tanto ao nível físico como intelectual, o que poderá conduzir a uma diminuição do sentimento de auto-realização que têm o objectivo de recuperar.

De acordo com Ferrari (2007), o “fazer”/ acção é uma das necessidades do homem, visto que é através desta que o individuo, seja qual for a sua idade, explora e domina a si próprio e ao mundo que o cerca. Cria, descobre, aprende, realiza-se, relaciona-se, transforma-se e transforma o seu meio e determina o seu lugar no mundo. Desta maneira constrói a sua história, objectivando e assimilando valores. Kielhofner (1978; citado por Ferrari, 2007) baseou-se no modelo sistémico, descrevendo o homem como um sistema aberto, mantendo-se e transformando-se através da sua acção. O sistema representa o homem, e a interacção do sistema com o ambiente é a acção. Esta acção ou fazer, inclui actividades como os cuidados pessoais, actividades da vida diária, actividades da vida prática (telefonar, pagar contas), trabalho, lazer e manutenção dos direitos e papéis sociais.

Blau (1973, citado por Ferrari, 2007) menciona que a redução de actividades na velhice deve ser substituída por outras compensatórias. Essa necessidade de acção não pode deixar de existir, pois é constante, dinâmica e evolutiva. Algumas das causas que prejudicam o quotidiano nesta fase de vida é a falta de preparação para a mesma, perda de *status* e desvalorização social, tornando-se este período não numa conquista mas num período indesejável.

Outra teoria extremamente relevante e de salientar no âmbito de necessidades de idosos é a de Steverink e Lindenberg (2006), denominada como teoria das Necessidades, dos Objectivos e Recursos. Nesta teoria, as necessidades definem-se como um conjunto restrito de carências básicas tanto físicas como sociais que deverão ser satisfeitas com o objectivo máximo do bem-estar, diferenciando-se de objectivos e recursos. Numa hierarquia, os recursos ocupam a base, estando as necessidades no topo. Os objectivos e recursos constituem instrumentos a partir dos quais as necessidades do ser humano podem ser satisfeitas. Os autores defendem a existência de duas necessidades físicas básicas: a necessidade de conforto (satisfação de necessidades básicas como a fome e a sede) e a necessidade de estimulação (evitar a falta de estimulação). Para além destas necessidades,

os autores referem ainda a existência de três necessidades sociais básicas: a necessidade de afecto que pode ser satisfeita através de relações com outras pessoas com as quais existe uma ligação emocional, a necessidade de confirmação do comportamento que é satisfeita quando o indivíduo sente que tomou a decisão correcta perante outras pessoas relevantes e perante si próprio, e a necessidade de *status* que é satisfeita através do estabelecimento de relações nas quais o indivíduo sente que é tratado com respeito, sentindo-se independente e autónomo. Os autores assumem que estas necessidades estão associadas a indicadores de bem-estar, não estando afectadas pelo aumento dos anos de vida nem por elevados níveis de perda de funcionalidade.

Existem algumas necessidades e características comuns aos idosos que vivem em comunidade e os institucionalizados (Hill & Gregg, 2002):

- a necessidade de se manterem independentes e, de alguma forma, auto-suficientes;
- o desejo de ser reconhecido e tratado com respeito pelo sistema social;
- a necessidade de se sentir conectado aos outros de uma maneira significativa.

No geral o conceito de independência deve englobar aspectos funcionais e instrumentais diários, mas também, o sentimento de afiliação e ganhos pessoais (Hill & Gregg, 2002).

Um dos mais penetrantes danos a nível psicológico no idoso institucionalizado é o sentimento de desamparo: a crença de que já não conseguem exercer controlo sob os aspectos mais básicos da sua vida. Estes défices de sentimento de auto-eficácia são frequentemente os que resultam em maiores níveis de depressão e pouca saúde física. Deste modo, para colmatar esta necessidade, as estratégias de *empowerment*, tanto de foco externo como interno, assumem-se como essenciais, reforçando as forças do idoso que embora incapaz de viver em sua casa autonomamente não o torna incapaz de todo (Dulin, 2002).

Muitos programas focam-se quase exclusivamente no conhecer das necessidades físicas dos residentes. No entanto, para um conhecer mais efectivo do cuidar de pacientes em longo internamento, será necessário uma mudança geral na formação dos técnicos. Deve haver um foco não só nas necessidades físicas mas no entendimento do indivíduo como um todo. O compreender total de um paciente requer conhecimento do seu estado físico, psicossocial e assuntos comportamentais. Bem como o reconhecer como estes factores interagem (Sieber, 2002).

A nível de necessidades físicas é necessária uma formação dos técnicos ao nível dos distúrbios e doenças físicas, bem como dos comportamentos característicos que as acompanham. Por exemplo, um paciente com demência pode apresentar comportamentos

de desinibição sexual e social bem como impulsividade. Reconhecer e compreender estes comportamentos na luz das suas bases físicas pode aumentar a probabilidade de uma resposta apropriada. Outros exemplos da necessidade de formação são o de os técnicos, cuidadores formais, terem conhecimento das perdas do idoso e como melhor reagir a estas. Por exemplo, relativamente à perda de audição falar devagar e claramente em vez de gritar, no caso de pacientes com défices visuais fornecer meios (óculos) para os ajudar na interacção social (Sieber, 2002). Relativamente às necessidades psicológicas e emocionais e de comunicação apresentam um declínio relativamente à sua satisfação, aquando a institucionalização. Necessidades como privacidade, dignidade, respeito e sentimento de conexão emocional com outros. Deste modo a formação dos técnicos nesta área deve passar pela compreensão do porquê estas necessidades podem ser “atropeladas” em internamento e identificando as respostas mais adequadas a estas através de estratégias específicas (Sieber, 2002).

Dado a alta incidência de défices cognitivos entre idosos e o facto de as percentagens aumentarem com a idade, torna-se cada vez mais imperativo a necessidade de os psicólogos efectuarem avaliações psicológicas e neuropsicológicas, mais proeminentemente a idosas devido à feminização da velhice. A percentagem de necessidades não cobertas nesta área é significativa, com 20% a 70% das mulheres a não beneficiarem de acompanhamento ao sofrimento psicológico adequado ou a exibir sintomas depressivos.

Os psicólogos podem ajudar na satisfação destas necessidades providenciando psicoterapias de grupo e individuais (psicoterapia de suporte, estratégias cognitivo comportamentais, revisão de vida, etc.) e criando uma multidisciplinaridade na intervenção (Smith, 2007).

### **1.3.1 Avaliação de necessidades**

Devemos compreender o que faz falta à pessoa idosa de um modo integral. Compreender de um modo a que as instituições e entidades competentes possam ajudar na identificação e satisfação das necessidades desta população, assegurando um final de vida o mais digno e saudável possível.

A avaliação de necessidades de cuidados é crucial no planeamento, monitorização e avaliação de serviços de psiquiatria e saúde mental, bem como na investigação e na clínica. Este princípio é obviamente aplicável aos serviços responsáveis por populações de pessoas mais velhas (Gonçalves-Pereira et al., 2007).



Ekdawi e Conning (1994; citado por Ribeiro, 2010) salientam que identificar as necessidades de pessoas com doença mental permite aos profissionais de saúde construir planos de intervenção e tratamentos individualizados e adequados a essas mesmas necessidades, o que torna o processo reabilitativo mais eficaz. Os autores também referem que a falta de um modelo teórico de necessidades no âmbito da saúde mental dificulta a avaliação de necessidades junto de pessoas com doença mental, devido às metodologias escolhidas dependerem, em parte, da definição de necessidade que tenha sido adoptada. Um dos objectivos do processo de reabilitativo relaciona-se com a construção e manutenção de um sistema a longo prazo de suporte social, que satisfaça pelo menos as necessidades básicas relacionadas com a habitação, o emprego, a rede social e o lazer. (*World Health Organization*, 1996; citado por Ribeiro, 2010).

Em Portugal, o interesse na compreensão de necessidades começa a ser progressivo, inclusive no âmbito do conhecimento e identificação das principais necessidades e da existência de serviços que possam colmatar essas necessidades. O Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU) elaborou um estudo de avaliação das necessidades de seniores portugueses com mais de 55 anos, que residiam na comunidade. Depois da aplicação de um inquérito, verificou-se que a população idosa regista uma maior frequência de necessidades ao nível das tarefas domésticas (limpeza da casa, tratamento da roupa), da saúde (cuidados médicos básicos, encargos elevados com medicação e cuidados médicos), dos cuidados pessoais (apoio em tarefas básicas de higiene), da habitação (obras de restauração na habitação), da mobilidade (meios de transporte adaptados aos défices físicos) e lazer (estabelecimento de relações sociais e maior diversidade das actividades de lazer) (CEDRU, 2008).

Choi e McDougall (2009) efectuaram um estudo de levantamento de necessidades constituído por uma entrevista e uma aplicação da GDS a uma amostra de idosos composta por um grupo que não podia abandonar a sua residência sem assistência e outro que frequentava centros de dia. Os autores afirmam a importância do estudo das necessidades nesta população no sentido de verificação de efeitos negativos, em termos de sintomas depressivos, das suas necessidades não satisfeitas. Verificou-se que o primeiro grupo que não abandonava a residência necessitava de mais serviços de assistência pessoal do que o segundo, e que este precisava de mais serviços de manutenção da habitação e assistência financeira do que o primeiro grupo. Verificou-se também que o número de necessidades não satisfeitas destes idosos se encontra positivamente e significativamente associado a sintomas depressivos, mas que isto explicava apenas uma pequena percentagem da

variância de resultados na GDS. Ou seja, acaba por não se tornar claro se são as necessidades não atendidas dos idosos que originam a sintomatologia depressiva ou se existem outras causas associadas. Os autores sugerem ainda que em idosos, em particular com défices cognitivos ou outras problemáticas mentais e físicas, podem ser identificadas poucas necessidades não satisfeitas ou sintomas depressivos relativamente às identificadas pelos cuidadores informais ou formais.

Cummings e Cassie (2008) efectuaram um estudo com idosos portadores de patologias mentais de levantamento de necessidades psiquiátricas, físicas e serviços sociais utilizando a CANE. Também pretendiam identificar factores que influenciassem a sua experiência e percepção de necessidades e adequação de serviços proporcionados. As necessidades identificadas foram ao nível da saúde física (visão e audição), nos contactos sociais e no estabelecimento de relações íntimas. Os autores salientaram ainda que a presença de depressão, isolamento e défices funcionais são mais frequentes nesta população o que leva à maior identificação de necessidades pelos idosos do que pelos jovens adultos com doença mental.

Bédard, Gibbons e Dubois (2007) compararam as necessidades de três grupos de pessoas com patologia mental pertencentes diferentes faixas etárias, onde assumiam à partida que os jovens adultos e idosos teriam necessidades diferentes. A amostra consistia em indivíduos de meio rural ou meio urbano e os diagnósticos psiquiátricos com maior prevalência eram perturbações de humor e quadros demenciais. O grupo de idosos com patologia mental apresentava mais necessidades que os restantes, especificamente de manutenção da sua medicação, cuidados de saúde, higiene e actividades de vida diária. Verificaram também que os idosos que viviam em meio urbano apresentavam mais necessidades.

Bengtsson-Tops e Hansson (1999) constataram diferenças de género na identificação de necessidades: os homens apresentam mais necessidades ao nível da alimentação, cuidados com a habitação e relações íntimas enquanto o sexo feminino identifica mais necessidades no âmbito da saúde física. Os autores relacionaram também as necessidades com a sua qualidade de vida subjectiva, tendo verificado que esta varia em função da gravidade de necessidades tais como as necessidades de companhia, relacionadas com o sofrimento psicológico, de actividades diárias e sexualidade. Estes resultados sugerem a importância de intervenções com objectivos no âmbito de estabelecimento de relações sociais e de actividades ocupacionais em doentes de longo

internamento, bem como intervenções focadas em problemas psicológicos, se o objectivo geral consistir no atingir a qualidade de vida.

Hancock, Woods, Challis e Orrel (2006) realizaram um estudo em que analisaram, com recurso à CANE, as necessidades de idosos com demência a viverem em lares residenciais. A CANE é um instrumento de avaliação de necessidades na população idosa que assume a modalidade de entrevista estruturada e é aplicada aos idosos/utentes, técnicos das instituições/ cuidador formal e familiares dos idosos/cuidador informal. A CANE avalia em 24 dimensões as necessidades sociais, físicas, psicológicas e ambientais de idosos com patologia mental. Neste estudo, verificou-se que os idosos apresentavam múltiplas necessidades não atendidas, como a necessidade de: actividades diárias estimulantes, companhia, assistência em virtude de problemas de memória e de apoio devido a problemas sensoriais visuais ou auditivos. A elevada existência de necessidades não atendidas destes idosos seria coerente com o aumento de outras problemáticas, nomeadamente a presença de depressão, ansiedade ou dependência física também devida a défices cognitivos.

Hancock, Reynolds, Woods, Thornicroft e Orrell (2003), verificaram no seu estudo que os idosos identificavam um número menor das suas necessidades a nível psicológico e social do que os técnicos e familiares, esta diferença foi explicada pelo facto de pessoas com demência reportarem menos necessidades. Ou seja, défices cognitivos progressivos, como a demência, acabam por tornar difícil, por vezes, aos idosos de expressar as suas necessidades claramente.

No estudo de desenvolvimento da CANE em versão portuguesa (Gonçalves-Pereira et al., 2007) os avaliadores identificaram necessidades, nem sempre cobertas, nas seguintes dimensões: cuidados com a casa, alimentação, actividades diárias, memória, saúde física, sofrimento psicológico, companhia e dinheiro/economias.

O número de idosos com patologias mentais irá aumentar drasticamente nas próximas décadas. Este grupo utiliza desproporcionalmente os recursos de saúde mental e encontra-se com um alto risco de institucionalização. Existe uma necessidade urgente de programas de reabilitação psicossocial criados para ir de encontro às necessidades especiais desta população (Pratt, Citteres, Mueser & Bartels, 2008).

Lind (1997) desenvolveu um estudo sobre treino de aptidões e competências sociais com adultos portugueses com esquizofrenia em longo internamento em instituições de saúde mental, com idades entre os 25 e 60 anos. Na avaliação das necessidades mais prementes destes adultos, verificou-se que a maioria apresentava necessidades ao nível do

apoio sócio-afectivo e de informação proveniente dos técnicos sobre o seu estado de saúde. O autor refere que no entanto a dificuldade reside não só em relação a uma clara definição de uma necessidade, como em dar respostas adequadas perante recursos limitados. O mero levantamento das necessidades não implica automaticamente a sua solução.

Lind (1997) também menciona que muitos modelos médicos e profissionais presumem que os técnicos sabem melhor do que o doente o que ele necessita, mas a reabilitação psicossocial sugere que os doentes têm o direito, a capacidade e a informação para tomarem decisões em relação à sua vida, ou seja, a abordagem reabilitativa preconiza um processo activo, contínuo, individualizado e complexo centrado nas necessidades da pessoa para atingir um funcionamento psicossocial óptimo e consequentemente um aumento da autonomia.

Os idosos com patologia mental continuam a apresentar necessidades reabilitativas muito importantes e apresentam mais necessidades em condições de institucionalização do que em comunidade. Por exemplo, défices funcionais em idosos com esquizofrenia estão associados com um longo internamento psiquiátrico. Esta população também apresenta dificuldades na realização de actividades diárias, como ao nível de gestão de finanças e utilização de um transporte público, advindo daí a dependência dos cuidados institucionais. Os idosos com patologia mental apresentam mais patologias do que os restantes, o que está associado a um aumento da mortalidade. Também baixos níveis e défices nas capacidades sociais e de suporte social estão associados à vivência entre indivíduos com patologias mentais (Pratt et al., 2008).

As abordagens reabilitativas, como no caso do treino de competências, são baseadas na premissa de que o ensino sistemático de componentes comportamentais de importantes capacidades vivenciais podem reduzir os défices no funcionamento social e de papéis. As intervenções psicossociais são conhecidas pelo objectivo de reduzir a incapacidade e maximizar a adaptação ambiental para os indivíduos com patologias mentais. No entanto, estas intervenções foram quase exclusivamente desenvolvidas para adultos dos vinte aos cinquenta anos, havendo uma necessidade extrema destes programas que abordem o funcionamento dos idosos com patologia mental. (Pratt et al., 2008).

Tendo em conta toda esta revisão bibliográfica e reflectindo sobre a mesma, pode-se afirmar que o aumento exponencial da população idosa é acompanhado por um aumento

da população idosa com doença mental. A doença mental, devido a todas as limitações que lhe são inerentes, acaba por ser um dos principais motivos de institucionalização.

Por isto, cabe-nos a nós, técnicos de saúde mental, debruçar-nos sobre a compreensão global desta população e, mais especificamente, sobre o que realmente faz falta a esta população, quais são as suas necessidades, como estas variam e como podemos maximizar o processo reabilitativo e a satisfação das mesmas.

## **2. Metodologia**

### **2.1 Enquadramento Metodológico**

Este estudo é de natureza quantitativa.

Guba & Lincoln (1994), identificaram quatro paradigmas científicos: Positivista, Pós-Positivista, Teoria Crítica e Construtivista. Este estudo enquadra-se mais no paradigma Pós-Positivista, sendo decorrente de uma perspectiva empírica, com determinada: posição Ontológica associada ao Realismo Crítico que preconiza a realidade como real mas que só pode ser apreendida de um modo probabilístico; Posição Epistemológica que associa a uma perspectiva não dualista mas objectivista; e Posição Metodológica. A posição metodológica assume-se como experimental e manipulativa modificada, utilizando-se abordagens quantitativas onde predomina o raciocínio hipotético-dedutivo, a preocupação em estabelecer factos, a demonstração de relação entre variáveis, a procura de objectividade, a generalização e previsão dos fenómenos, esquemas estruturados que são pré-determinados de recolha, dados numéricos (instrumentos quantitativos), processamento quantitativo dos dados.

Pensar em pesquisa quantitativa significa pensar numa das correntes paradigmáticas que tem norteado a pesquisa científica no decorrer de sua história. Esta corrente caracteriza-se por uma visão realista/ objectivista que alicerça as definições metodológicas da pesquisa em ciências humanas nos últimos tempos (Queiroz, 2006).

No decorrer do século XX, pesquisadores das áreas de ciências humanas fizeram do problema da unidade das ciências um dos seus maiores debates. Segundo Santos Filho (2001; citado por Queiroz, 2006), diante do prestígio e consolidação metodológica das ciências físicas, a grande questão a ser discutida era se a vida social humana podia ou devia ser investigada por métodos das ciências exactas.

Para Santos Filho (2001; citado por Queiroz, 2006), duas posições foram assumidas diante da problemática das diferenças metodológicas entre pesquisa científica em ciências humanas e em ciências naturais. A primeira posição, defendida por Comte, Mill e Durkheim, afirmava a ideia de unidade das ciências, portanto a legitimidade do uso do mesmo método em todas as áreas.

A distinção entre quantidade e qualidade foi criticada e rejeitada pelos pós-positivistas, tanto no que se refere aos dados como também à inferência. Segundo essa fundamentação, os dados quantitativos pressupõem os qualitativos (Queiroz, 2006).

Segundo Santos Filho (2001; citado por Queiroz, 2006), aparentemente os dados quantitativos parecem ser uniformemente superiores e apresentarem baixos índices de falha. O autor segue o seu raciocínio levantando a possibilidade de que os dados quantitativos podem, em determinados momentos, superar os qualitativos, permitindo discriminações mais refinadas e sumários económicos dos dados que facilitem a análise, sendo em certos casos mais eficientes.

A possibilidade de manipular rapidamente quantidades consideráveis de dados encorajou a afinação de novos processos estatísticos. Paralelamente, a facilidade com que os dados podem ser trabalhados e apresentados incitou muitos investigadores a estudá-los em si mesmos, sem referência explícita a um quadro de interpretação. Apresentar os mesmos dados sob diversas formas favorece incontestavelmente a qualidade das interpretações. Neste sentido a estatística descritiva e a expressão gráfica dos dados, tão características da natureza quantitativa, são muito mais do que simples métodos de exposição de resultados (Quivy e Campenhoudt, 2005).

No entanto, esta apresentação diversificada dos dados não pode substituir a reflexão teórica prévia, única no fornecimento de critérios explícitos e estáveis para a recolha, organização e interpretação dos dados, assegurando a coerência e o sentido do conjunto do trabalho (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Quando os dados a analisar foram especialmente recolhidos para responder às necessidades da investigação graças a um instrumento como um inquérito ou escala, as análises acabam por ser mais aprofundadas, visto que os dados são mais completos (Quivy e Campenhoudt, 2005).

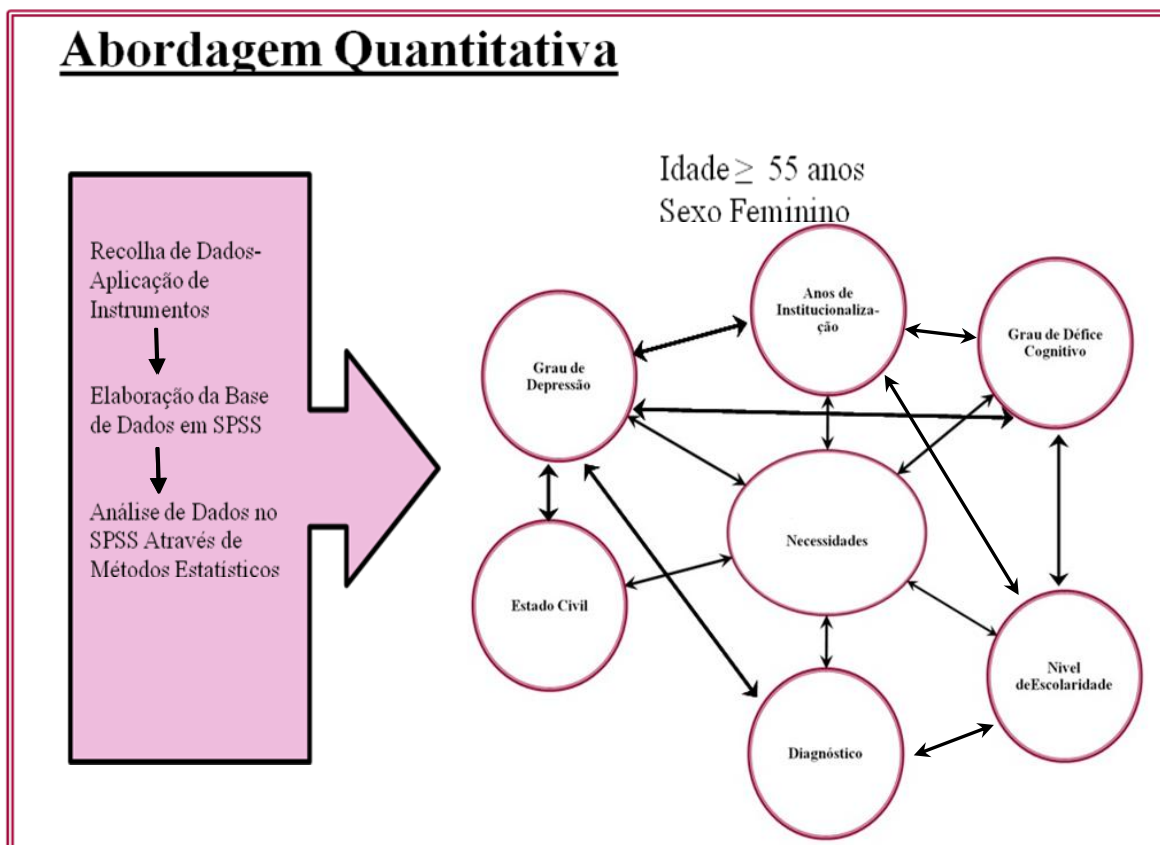
Os métodos quantitativos e estatísticos são adequados a investigações orientadas para o estudo de correlações entre fenómenos susceptíveis de serem exprimidos por variáveis quantitativas. Estes métodos apresentam como principais vantagens a precisão e o rigor do dispositivo metodológico que permite satisfazer o critério de intersubjectividade, a capacidade dos meios informáticos que permitem manipular muito rapidamente um grande número de variáveis e a clareza dos resultados e dos relatórios de investigação quando o investigador aproveita os recursos da apresentação gráfica das informações (Quivy e Campenhoudt, 2005).

No entanto, o instrumento estatístico tem um poder de elucidação limitado aos postulados e às hipóteses metodológicas sobre que se baseia, mas não dispõe, em si mesmo, de um poder explicativo. Pode descrever relações, estruturas latentes, mas o significado dessas relações e estruturas não deriva dele. É o investigador que atribui um

sentido a estas relações, a partir do modelo teórico que construiu previamente em função do qual escolheu um modelo de análise estatística (Quivy e Campenhoudt, 2005).

## 2.2 Desenho Metodológico

### 2.2.1 Mapa Conceptual



**Figura 1-** Mapa Conceptual.

### 2.2.2 Questão de investigação e objectivos do estudo

Esta investigação foi efectuada no âmbito de outro estudo a decorrer na Clínica Psiquiátrica de São José, Telheiras, sendo a equipa de investigação dirigida pelo Dr. Manuel Gonçalves-Pereira e pela Dr. Catarina Janeiro.

No estudo inicial tinha-se como objectivo geral o planeamento, avaliação e monitorização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da clínica num objectivo igual de estabelecer uma investigação clínica passível de ser publicada. Desta maneira, pretendia-se obter uma avaliação consistente das necessidades de utentes idosos, nomeadamente em situações de patologia neuropsiquiátrica.



A questão essencial deste estudo é a exploração e compreensão das necessidades por parte de uma amostra de idosas com patologia mental e institucionalizadas, efectuando uma compreensão ecológica ao observar a relação da Avaliação de Necessidades com e entre variáveis como o grau de depressão, o défice cognitivo, os anos de institucionalização, a idade, a escolaridade, o diagnóstico e o estado civil.

Tem-se como Objectivos Específicos deste estudo:

- 1- avaliar a percepção das necessidades do idoso institucionalizado;
- 2- observar como o défice cognitivo se correlaciona com a percepção de necessidades;
- 3- observar a correlação entre o nível de depressão e a percepção de necessidades;
- 4- observar a correlação entre anos de institucionalização e percepção de necessidades;
- 5- observar a relação entre o nível de escolaridade e a avaliação de necessidades;
- 6- observar a relação entre o nível de escolaridade e anos de institucionalização;
- 7- observar a variância do diagnóstico relativamente ao grau de depressão, défice cognitivo e necessidades identificadas;
- 8- observar a variância do estado de civil relativamente ao grau de depressão e necessidades identificadas;
- 9- observar a relação entre o grau de depressão identificado e o grau de défice cognitivo;
- 10- observar as correlações possíveis e existentes entre todas estas variáveis.

O objectivo desta investigação será também, de certo modo, poder contribuir para uma melhor compreensão do que é avaliar as necessidades e factores a ter em conta, podendo este estudo servir como uma base guia para outros coincidentes ao nível dessa temática.

## **2.3 Estratégia Metodológica**

### **2.3.1 Selecção e Caracterização da amostra**

A amostra deste estudo foi uma amostra de conveniência e consistiu em 52 utentes idosas das unidades de longo internamento da Clínica Psiquiátrica de S. José - Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Os critérios de inclusão foram:

- sexo feminino;
- institucionalização em regime de longo internamento na Clínica Psiquiátrica de S. José;

- idade igual ou superior a 55 anos.

Os critérios de exclusão foram:

- utentes do sexo masculino;
- utentes da clínica que não se enquadrassem em regime de longo internamento;
- utentes da clínica com idade inferior a 55 anos;
- utentes que não conseguissem comunicar impossibilitando a aplicação dos instrumentos.

No que diz respeito ao critério de inclusão de idade  $\geq 55$  anos, considerou-se o mesmo como forma de se poder obter, antes de mais, uma amostra maior. No entanto, toma-se em conta, para justificação desta opção metodológica, o estudo de avaliação de necessidades elaborado pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU, 2008) à população sénior, a partir dos 55 anos. Também é de salientar o facto de autores, como Bigby (2002), denominarem uma pessoa de idosa a partir dos 65 anos, mas no âmbito das incapacidades assumirem uma concepção mais jovem devido ao tal envelhecimento precoce. A idade cronológica pode não ser muito precisa no processo de envelhecimento, visto que a população com doença mental institucionalizada apresenta um envelhecimento anterior aos 50 anos de idade, sendo acompanhada em muita ocasiões por disfunções psicológicas e sociais.

As idades das utentes participantes variaram entre os 55 e 91 anos, apresentando uma média de 71 anos (DP= 11,03).

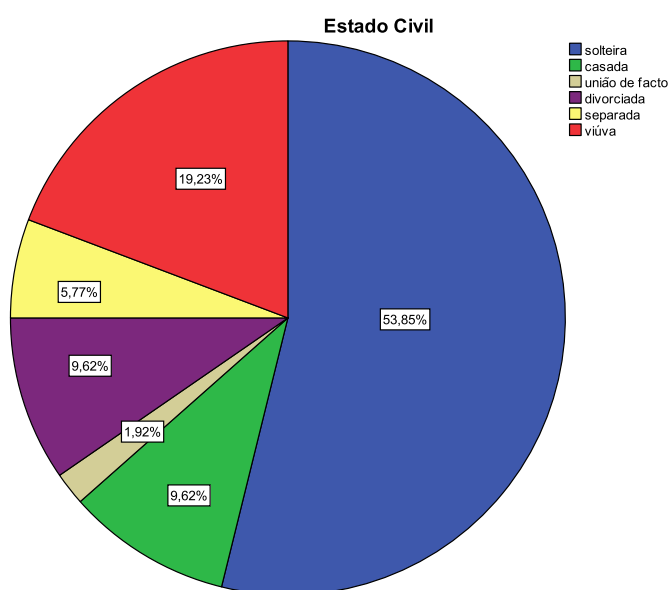


Gráfico 1- Estado Civil

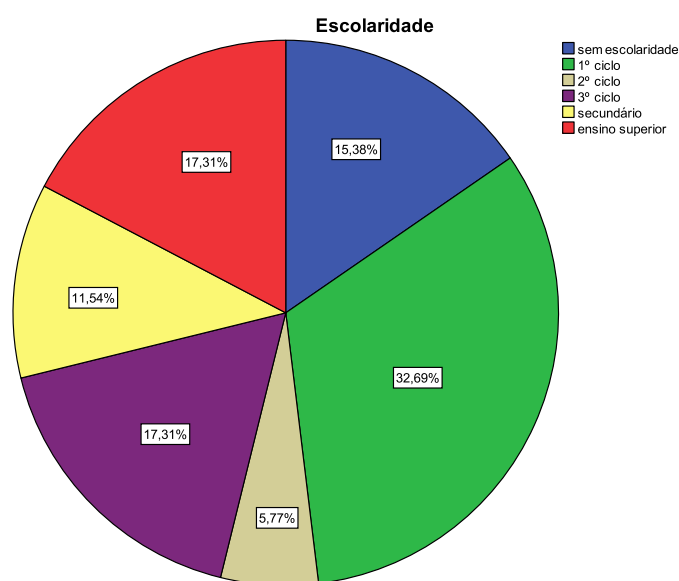
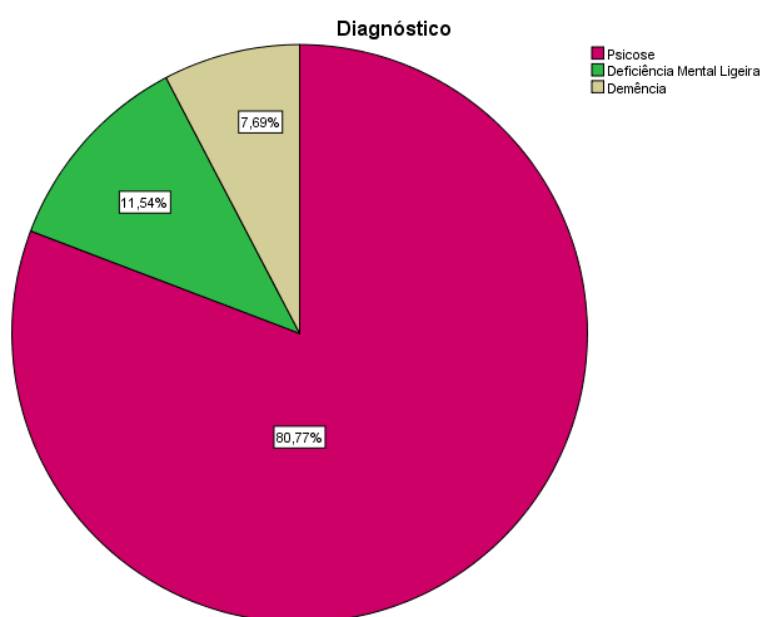


Gráfico 2- Nível de Escolaridade

Através do Gráfico 1 verifica-se que, das 52 participantes, vinte e oito (53,9%) eram solteiras, dez (19,23%) eram viúvas, cinco (9,6%) eram casadas, cinco eram divorciadas (9,6%), três (5,8%) eram separadas e uma (1,92%) mantinha uma união de facto.

Através do Gráfico 2 atendemos às proporções do nível de escolaridade existentes, constatando-se que dezassete idosas (32,7%) tinham como nível de escolaridade o 1º ciclo, nove (17,3%) mencionaram ter completado o 3º ciclo, nove (17,3%) possuíam um curso superior, oito (15,4%) não tinham frequentado a escola, seis (11,5%) tinham completado o ensino secundário e três (5,8%) possuíam o 2º ciclo completo.



**Gráfico 3-** Diagnóstico das Participantes

O Gráfico 3 representa as proporções de diagnósticos das participantes, verificando-se que: quarenta e duas (80,8%) apresentam diagnósticos de psicoses, seis (11,5%) apresentam o diagnóstico de deficiência mental ligeira e quatro (7,7%) um diagnóstico demencial.

Os anos de institucionalização das participantes situavam-se desde 1 ano a 54 anos, sendo a média de 17 anos (DP= 14,57).

### **2.3.2 Instrumentos**

#### **Questionário Sócio-Demográfico (Anexo I)**

O questionário Sócio-Demográfico utilizado foi o que se fazia acompanhar pela CANE, obtendo-se informações a ao nível de idade, sexo, anos de institucionalização,

estado civil, escolaridade, religião, medicação, diagnóstico, existência de um cuidador ou existência de alguém sobre quem o utente esteja responsável.

***Camberwell Assessment of Needs for the Elderly - CANE (Reynolds, Thornicroft, Woods, Abas, Hoe, Leese, & Orrel, 2000) (Anexo II)***

A versão utilizada foi a validada em Portugal por Fernandes, Gonçalves-Pereira, Leuschner, Martins, Sobral, Azevedo, Dias, Mateos, e Orrel no ano de 2009. A autorização para aplicação desta escala depende de formação adequada com algum dos autores da tradução portuguesa. Neste sentido, previamente à aplicação, teve lugar um treino ombro-a-ombro com um dos elementos do Grupo CANE-Portugal (Dr<sup>a</sup> Catarina Janeiro, CPSJ) e sob a supervisão do Prof. Doutor Gonçalves- Pereira (FCM-UNL e CPSJ).

Este instrumento permite efectuar uma avaliação consistente em 24 dimensões de necessidades sociais, físicas, psicológicas e ambientais de utentes idosos com patologia neuropsiquiátrica (Gonçalves-Pereira et al., 2007). Mais especificamente as dimensões são: alojamento, cuidados com a casa, alimentação, cuidados pessoais, cuidados com outras pessoas, actividades diárias, memória, visão/audição, mobilidade, continência de esfíncteres, saúde física, medicamentos e tóxicos, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, informação, conduta parasuicidiária, risco não intencional, abuso/negligência, comportamento, álcool, companhia, relações íntimas, dinheiro/economias, benefícios sociais. Cada área pode ser cotada como: sem necessidade (0 pontos), necessidade coberta (1 ponto), necessidade não coberta (2 pontos).

A CANE veio colmatar a necessidade da existência de um instrumento criado especificamente para medir de modo compreensivo as necessidades dos idosos com patologias neuropsiquiátricas, tendo em conta a percepção de necessidades do utente, o cuidador formal e o cuidador informal (Reynolds, Thornicroft, Woods, Abas, Hoe, Leese & Orrel, 2000).

Esta avaliação multidimensional vai incluir domínios da esfera biológica, psicológica e social, sendo aplicável na comunidade ou em internamento (regime parcial ou completo) (Fernandes, Gonçalves-Pereira, Leuschner, Martins, Azevedo, Dias, Mateos & Orrel, 2009).

A utilidade da CANE tem sido evidenciada em contextos clínicos, de investigação e de avaliação de serviços. (Gonçalves- Pereira, Fernandes, Leuschner *et al* ,2007). Existem múltiplas traduções a nível internacional, a maioria das quais validada. A aplicabilidade da

versão portuguesa desta escala demonstrou ser satisfatória (Fernandes, Gonçalves Pereira, Leuschner *et al.*, 2009).

Calculou-se o *Alfa* de Cronbach da CANE para este estudo.  $\alpha = 0,723$ , é considerado satisfatório, porém não é muito alto e não é devido a um item específico. A hipótese explicativa para este resultado poderá dever-se a ser uma população mais heterogénea e devido a ser uma população psiquiátrica.

### ***Geriatric Depression Scale- GDS (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983) (Anexo III)***

A versão utilizada foi a de 30 itens traduzida para português pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, composto por: João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos e Margarida Sobral.

Uma das preocupações dos autores era construir uma escala que fosse de fácil administração e que não requeresse um grande esforço por parte da pessoa idosa, sendo isenta de itens somáticos. Vinte itens da escala indicam a presença de depressão se o sujeito responder positivamente e os outros dez itens indicam a presença de depressão se o idoso responder negativamente. Os itens são cotados com 1 ou 0, sendo a pontuação máxima de 30 pontos e considerando-se a presença de depressão ligeira a partir dos 11 pontos (Vézina *et al.*, 1994).

Relativamente às pontuações obtidas nesta escala, os pontos de corte são os seguintes:

- 0-10 pontos: ausência de depressão
- 11-20 pontos: depressão ligeira
- 21-30 pontos: depressão grave

Em vários estudos com esta escala é mencionado um alto *Alfa* de Chronbach, consistência interna, uma boa correlação inter-itens e de teste-reteste (Vézina *et al.*, 1994, Choi & McDougall, 2009; Cummings & Cassie, 2008).

Neste estudo o *Alfa* de Cronbach obtido foi  $\alpha = 0,894$ , um valor bastante elevado. Existe um item, o item 29, que aumentava 4 milésimas se for retirado.

#### ***Mini Mental State Examination- MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) (Anexo IV)***

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994) e consideraram-se os três pontos de corte apontados de acordo com a escolaridade:

- Analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Escolaridade Superior a 11 anos  $\leq 27$
- Sem Defeito Cognitivo  $\geq 27$

O MMSE é um teste de extensão intermédia aplicado útil num largo espectro de situações psiquiátricas e médicas, apresenta alta fiabilidade inter-observador e adequada fiabilidade no teste-reteste em condições estáveis. No entanto, o MMSE não estabelece um diagnóstico concreto de demência, mas identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva que poderá justificar o aprofundamento e alargamento da avaliação (Spar & La Rue, 1998).

Este instrumento, divide-se em seis partes com uma soma total possível de 30 pontos e avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas, sendo estas: a orientação temporal e espacial, a memória de retenção e evocação, a atenção e cálculo, a linguagem e a habilidade construtiva.

Para este estudo o *Alfa* de Cronbach foi  $\alpha = 0,901$ . Um valor muito elevado, que demonstra uma alta consistência interna, ou seja, os itens estão altamente correlacionados entre si. Apenas um item, o item V.C- *Linguagem*, sobe o  $\alpha$  0.06, se for retirado, o que indica que estará menos correlacionado com os restantes itens do MMSE.

#### **2.3.3 Procedimento**

1- Elaboração de um projecto do estudo entregue à clínica para obtenção de autorização verbal;

##### ***Seleção da Amostra***

2- Identificação das utentes com mais de 55 anos nas unidades de longo internamento da clínica;

3- Apresentação, em primeiro lugar, de um formulário de consentimento informado para a utente ler e assinar (Anexo V);

##### ***Recolha de Dados***

O período de recolha de dados foi de Dezembro de 2010 a Março de 2011

- 4- Aplicação do Questionário Sócio-Demográfico;
- 5- Aplicação da escala CANE às utentes e posteriormente a um técnico da unidade, bem como ao familiar referente. No âmbito desta investigação para dissertação apenas foram utilizados os resultados obtidos da aplicação ao utente.
- 6-Aplicação do MMSE;
- 7-Aplicação da GDS;

**Nota:** Estes instrumentos tiveram uma aplicação única e individual.

#### ***Tratamento de Dados***

- 8-Elaboração de uma base de dados em SPSS;
- 9-Inserção dos dados recolhidos na base de dados elaborada;
- 10-Análise dos dados através de métodos estatísticos;
- 11-Reflexão posterior sobre os resultados obtidos.

#### **2.3.4 Análise de dados**

O tratamento de dados foi realizado através de métodos quantitativos, por análise estatística no programa SPSS, versão 18.

Foi efectuada uma estatística descritiva com médias, medianas, frequências, máximos e mínimos, tanto para dados sócio-demográficos como para a CANE, a GDS e o MMSE.

Realizaram-se testes de normalidade às escalas para verificar se teríamos de utilizar testes paramétricos ou não paramétricos, a CANE e a GDS apresentaram distribuição normal para a qual se utilizou testes paramétricos, o MMSE apresentou uma distribuição não normal devido à qual se tiveram de utilizar testes não paramétricos.

Efectuou-se a verificação de correlações entre as variáveis através da correlação de *Pearson* (CANE e GDS) e de *Spearman* (MMSE).

Calcularam-se índices psicométricos, como a consistência interna (*Alfa de Cronbach*) e correlação inter-itens das escalas utilizadas.

Por fim, foi efectuada uma Análise de Variância (ANOVA) para testar diferenças entre diversas combinações de variáveis e situações, exceptuando o caso do MMSE, que devido a não apresentar distribuição normal se utilizou o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

### 3- Apresentação e Discussão dos Resultados

Relativamente às necessidades identificadas pelas utentes através da CANE os resultados variaram entre 2 e 27 pontos sendo a média de pontuação das necessidades identificadas de 8,73. As necessidades mais identificadas pelas utentes, foram ao nível de, por grau decrescente de frequências: gestão de finanças, actividades diárias, saúde física, visão/audição/comunicação, cuidados pessoais, memória e mobilidade.

Estes resultados são coincidentes com outros estudos em que se verificaram como necessidades mais identificadas as actividades diárias, saúde física, assistência a défices sensoriais, gestão de finanças e cuidados pessoais (Hancock et al., 2006; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Bédard, Gibbons & Dubois ,2007; CEDRU, 2008; Pratt et al., 2008; Choi & McDougall, 2009).

Visto que a amostra era totalmente representada pelo sexo feminino também se verifica uma consistência com o estudo de Bengtsson-Tops e Hansson (1999) sobre uma diferenciação de necessidades entre género, que evidenciaram uma maior identificação de necessidades no sexo feminino nas áreas de saúde física, actividades diárias e sofrimento psicológico.

Como já foi referido, o ponto de partida e a base central deste estudo foi a compreensão da avaliação de necessidades, pretendendo-se observar a relação das variáveis que rodeiam esta temática com a mesma e entre elas. Daí ser importante também uma análise de outras duas temáticas fulcrais para este tema, nesta população, o défice cognitivo e a depressão.

Os principais motivos de institucionalização residem na perda de capacidades funcionais físicas e cognitivas, para além disso, inerente à institucionalização verifica-se muitas vezes uma sintomatologia depressiva (Hill & Gregg, 2002; Scocco, Rapattoni e Fantoni, 2006).

A partir da aplicação do MMSE verificou-se a seguinte frequência ao nível do défice cognitivo:

Nível 1, Equivalente a um nível de escolaridade nula (pontuações inferiores a 15): 17 participantes (33%)

Nível 2, Escolaridade de 1 a 11 anos (pontuações inferiores a 22): 10 participantes (20%)

Nível 3, Escolaridade superior a 11 anos (pontuações inferiores a 27 pontos): 16 participantes (32%)

Nível 0, Sem Défice Cognitivo (mais do que 27 pontos): 7 participantes (15% )



As pontuações obtidas variaram num mínimo de 6 pontos e num máximo de 30, tendo sido a média registada de 21,23 pontos situando-se no Nível 2.

No que diz respeito ao grau de depressão, GDS, a aplicação foi efectuada a 51 participantes, visto que uma das utentes se recusou a responder. Os resultados obtidos foram:

Nível 1, Ausência de Depressão: 22 participantes (41%)

Nível 2, Depressão Ligeira: 19 participantes (38%)

Nível 3, Depressão Grave: 10 participantes (21%)

As pontuações desta escala variaram num mínimo de 1 e num máximo de 27 pontos, sendo a média de 12,37 que se situa num nível de depressão ligeira.

Apesar deste estudo não ser longitudinal e não permitir verificar se existiu realmente um declínio ou agravamento de capacidades cognitivas e sintomas depressivos decorrentes da institucionalização, pode-se discutir que as percentagens de prevalência destas duas variáveis são altas, indo de encontro ao dado empírico de que se encontram bem presentes em populações institucionalizadas (Gatz & Fiske, 2003; citado por Smith, 2007).

Apesar da alta percentagem da amostra com sintomatologia depressiva não podemos esquecer o facto de, muitas vezes, esta não ser identificada devido a situações de comorbidade e ao facto de os idosos terem uma maior propensão à descrição de sintomas físicos que a GDS não detecta devido a ser isenta de sintomas somáticos. Agrava-se o facto da grande prevalência de défices cognitivos nesta população, tornando a distinção entre depressão e demência difícil devido aos sintomas comuns como: distúrbio de sono, anedonia/apatia, queixas de lacunas de memória (Smith, 2007). Sendo assim, podemos considerar que é provável que algumas situações com sintomatologia depressiva possam não ter sido detectadas pela GDS. Isto porque temos que considerar a elevada frequência de défice cognitivo na amostra, o que nos leva a afirmar que existe uma dificuldade em expressar sintomas psicológicos inerentes à depressão (Hanckock et al. 2003). Para finalizar, pode-se também considerar que alguns dos casos identificados com sintomatologia depressiva poderão ser, na realidade, indicadores de um possível quadro demencial.

Pela aplicação do coeficiente de relação de *Pearson* observou-se as relações possíveis entre as necessidades identificadas (CANE) e as restantes variáveis. Verificou-se uma correlação positiva entre o grau de depressão e as necessidades identificadas em que  $r_p = 0,548$  ( $p < 0,01$ ), quanto maior o grau de depressão mais necessidades são identificadas pelas utentes. (Quadro 1)

Estes resultados vão de encontro aos de Cummings e Cassie (2008) e Hancock et al. (2003), que verificaram, que na presença de depressão eram identificadas mais necessidades e que as necessidades identificadas eram relacionadas com outras problemáticas como défices cognitivos.

	Avaliação de Necessidades- CANE N=52	Grau de Depressão- GDS N=51	Nível de Escolaridade N=52	Idade N=52	Anos de Institucionalização N=52
<b>Avaliação de Necessidades- CANE</b>	1	,54**	-,26	,38**	,03
<b>Grau de Depressão- GDS</b>	,54**	1	-,08	,09	-,17
<b>Nível de Escolaridade</b>	-,26	-,08	1	-,21	-,45**
<b>Idade</b>	,38**	,09	-,21	1	,14
<b>Anos de Institucionalização</b>	,03	-,17	-,45**	,14	1

Nota: \*\*.  $p < 0.01$

**Quadro 1-** Correlação de *Pearson* entre as variáveis de avaliação de necessidades, nível de Escolaridade, grau de depressão, idade e anos de institucionalização

Observou-se também uma forte correlação,  $r_p = 0,384$  ( $p < 0,01$ ), entre a idade e as necessidades identificadas, sendo que quanto maior a primeira mais necessidades são identificadas (Quadro 1). Este resultado acaba por ser compreendido num quadro maior, visto que com a idade aumentam as probabilidades de perdas significativas, a nível emocional, social, físico e cognitivo bem como a maior probabilidade com estes factores de existir uma sintomatologia depressiva já que se trata de uma população feminina, logo as necessidades identificadas também serão maiores (Bond, Coleman & Peace, 1998; Spar & La Rue, 1998; Duarte Silva, 2005; Netto & Ponte, 2007; Smith, 2007).

As necessidades não se relacionam significativamente ( $p < 0,01$ ) com os anos de institucionalização nem com a escolaridade. Este foi um resultado curioso, porque à partida o nosso senso-comum leva-nos a deduzir automaticamente que um maior tempo de institucionalização implicará mais necessidades identificadas. Tentou-se efectuar uma análise estatística mais específica, tentando identificar o número e tipo de necessidades também mais específicas correspondentes ao tempo de institucionalização, para verificar se o tipo de necessidades variavam. No entanto, o procedimento acabou por não ser viável

devido às limitações da dimensão da amostra bem como ao nível de metodologia estatística utilizada. Assim, pode-se afirmar que o número de necessidades identificadas é independente dos anos de institucionalização, sendo que para manter e atingir determinada qualidade de vida em instituição/ longo internamento existem sempre necessidades a ser satisfeitas que diferem de pessoa para pessoa.

Neste seguimento, também se enquadra a interpretação de não existir correlação entre o número de necessidades identificadas e o nível de escolaridade, visto que independentemente da escolaridade existe sempre uma identificação de necessidades, não significando, no entanto, que as necessidades sejam as mesmas, já que o tipo de recursos de participantes sem escolaridade não serão os mesmos que de participantes com nível de escolaridade ao ensino superior.

Ainda nesta análise de correlações foi demonstrado que a escolaridade e os anos de institucionalização estão negativamente correlacionados,  $r_p = -0,454$  ( $p < 0,01$ ). Um maior período de institucionalização está relacionado com um menor nível de escolaridade. Este facto poderá ser explicado de dois modos complementares. Primeiro, diferenciando as pessoas que se encontram em longo internamento há cinquenta anos das que se encontram há um ano. Ou seja, uma pessoa idosa que tenha um início de internamento aos 16 anos (ou até antes), certamente não teve a mesma oportunidade de formação académica que o caso de uma pessoa idosa que se encontre em longo internamento há um ano. O segundo modo é coincidente com a literatura, que nos diz que baixos níveis de escolaridade influenciam a predisposição futura para défices cognitivos. Tal como já foi mencionado um maior nível de escolaridade é correspondente a um maior número de recursos pessoais, e consequentemente os défices cognitivos encontram-se entre as principais causas da institucionalização (Mortimer & Graves, 1993; Hill & Greg, 2002).

Procedeu-se à análise de correlações entre o MMSE, ou seja o défice cognitivo, e outras variáveis como a CANE (necessidades identificadas pelas utentes), GDS (nível de depressão) e alguns dados sócio-demográficos através do coeficiente de relação de *Spearman*, devido à distribuição não normal do MMSE (Quadro 2).

Verificou-se uma correlação moderada em que  $r_s = -0,325$  ( $p < 0,05$ ), estando o nível de défice cognitivo correlacionado negativamente com os anos de institucionalização. Ou seja, a um maior período de institucionalização corresponde um maior défice cognitivo. Tal como já foi referido mais acima, isto pode dever-se a uma consequência inerente à própria institucionalização, bem como ao facto de quanto maior o período de

institucionalização menores as probabilidades de uma formação académica e, consequentemente, de uma maior estimulação cognitiva.

	Avaliação de Necessidades- CANE N=52	Défice Cognitivo- MMSE N=52	Nível de Escolaridade N=52	Idade N=52	Anos de Institucionaliz- ação N=52
Avaliação de Necessidades- CANE	1	-,41**	-,24	,32*	,09
Défice Cognitivo- MMSE	-,41**	1	,60**	-,29*	-,32*
Grau de Depressão-GDS	,54**	,60**	-,07	1	,08
Nível de Escolaridade	-,24	,60**	1	-,21	-,45**
Idade	,32*	-,29*	-,21	1	,20
Anos de Institucionalização	,09	-,32*	-,45**	,20	1

Nota.\*. $p < 0,05$  , \*\*.  $p < 0,01$

**Quadro 2-** Correlação de *Spearman*, devido à distribuição não normal do MMSE, entre as variáveis défice cognitivo, avaliação de necessidades, nível de escolaridade, idade, grau de depressão e anos de institucionalização.

Através desta análise também se constatou que o défice cognitivo se correlaciona com o nível de escolaridade. Quanto maior o nível de escolaridade, menor o défice cognitivo, em que  $r_s = 0,601$  ( $p < 0,01$ ). Facto explicado em cima, quando se menciona que baixos níveis de escolaridade são preditores de maiores probabilidades de défices cognitivos (Schoenberg, 1986; citado por Netto & Ponte, 2007).

Para analisar a variância entre os diferentes diagnósticos e diferentes situações no estado civil, relativamente ao número de necessidades identificadas foi realizada a ANOVA e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, devido à já mencionada distribuição não normal do MMSE.

Relativamente ao tipo de estado civil não foi observada nenhuma diferença significativa na identificação de necessidades e no grau de depressão, para  $p < 0,05$  (Anexo VI). A lógica desta análise adveio da existência de dados empíricos que apontam que, por exemplo, a população idosa feminina está mais sujeita a determinado tipo de perdas devido à maior esperança de vida, nomeadamente a do cônjuge, que torna esta população sujeito a um maior índice de sintomatologia depressiva e por consequência a um maior número de necessidades. Porém, esta análise mostrou-se ser não muito viável nesta amostra, devido à

sua dimensão já que apresentava distribuição de participantes pelos estados civis muito divergentes, existindo grupos com um número insuficiente de participantes para esta análise, algo que poderia ser ultrapassado com uma amostra maior.

	(I) Diagnóstico	(J) Diagnóstico	M	DP	F
<b>Grau de Depressão</b>	Psicose	Deficiência Mental Ligeira	10,50	2,69	1,60
		Demência	20,00	1,27	-7,90*
	Deficiência Mental	Psicose	12,01	2,69	-1,60
	Ligeira	Demência	20,00	2,51	-9,50*
	Demência	Psicose	12,01	1,27	7,90*
<b>Défice Cognitivo</b>		Deficiência Mental Ligeira	10,50	2,51	9,50*
	Psicose	Deficiência Mental Ligeira	14,83	2,79	8,33
		Demência	10,50	1,38	12,67*
	Deficiência Mental	Psicose	23,17	2,79	-8,33
	Ligeira	Demência	10,50	2,84	4,33
<b>Avaliação de Necessidades</b>	Demência	Psicose	23,17	1,38	-12,67*
		Deficiência Mental Ligeira	14,83	2,84	-4,33
	Psicose	Deficiência Mental Ligeira	9,33	1,89	-1,07
		Demência	12,75	2,20	-4,49
	Deficiência Mental	Psicose	8,25	1,89	1,07
	Ligeira	Demência	12,75	2,68	-3,42
	Demência	Psicose	8,25	2,20	4,49
		Deficiência Mental Ligeira	9,33	2,68	3,42

Nota. \*.p< 0.05

**Quadro 3-** Análise de Variância dos grupos de diagnóstico relativamente ao grau de défice cognitivo, ao grau de depressão e à avaliação de necessidades.

No que diz respeito ao diagnóstico, na observação da variância foram verificadas diferenças significativas relativamente ao nível de depressão entre (Quadro 3):

- os grupos de demência e psicose em que  $F = 7,90$  ( $p < 0,05$ ) sendo a média da GDS para o grupo de psicoses de 12,09 que equivale a depressões situadas maioritariamente a um nível ligeiro, e para o grupo das demências uma média de 20,00 situando-se num nível de depressão grave;
- os grupos de demência e deficiência mental ligeira em que  $F = 9,50$  ( $p < 0,05$ ) sendo a média da GDS para o grupo das demências de 20,00 (depressão grave), e para o grupo de deficiência mental ligeira de 9,33 que corresponde a um nível de ausência de depressão.

Não se pode deixar de mencionar o facto de a dimensão do grupo com demência ser reduzido, podendo influenciar a média de pontuações obtidas na GDS. Mas independentemente disto, estes resultados acabam por ser coincidentes com outras evidências empíricas que apontam para uma acentuada sintomatologia depressiva na presença de um quadro demencial, mas também contrários às evidências que indicam que num quadro demencial o próprio idoso acaba muitas vezes por não conseguir identificar processos psicológicos característicos da depressão a que a GDS é mais sensível. No entanto, o último facto acaba por não invalidar a indicação de que no momento de aplicação da GDS as utentes reuniam condições que lhes permitissem realmente identificar a sua sintomatologia depressiva, que até pode ser característica de um quadro demencial inicial onde os sintomas depressivos podem ser exibidos devido à própria consciencialização do seu estado e declínio cognitivo. Neste âmbito também surge a discussão da co-morbilidade, questionando-se se serão os défices cognitivos, assumidos como diagnóstico de demência, consequência de uma depressão ou se será a sintomatologia depressiva inerente ao declínio cognitivo. Neste caso guiámo-nos pelo diagnóstico em processo da utente e consideramos então que a sintomatologia depressiva surja após um quadro demencial diagnosticado (Spar & La Rue, 1998; Netto & Ponte, 2007; Smith, 2007) .

Na análise de variância do diagnóstico relativamente ao grau de défice cognitivo também se verificaram diferenças significativas entre os grupos de psicose e demência  $F=12,67$  ( $p<0,005$ ), em que a média de grau de défice cognitivo para o grupo de psicose foi de 23,17 situando-se num nível com escolaridade superior a 11 anos e para o grupo da demência a média foi de 10,50 que corresponde a um nível de analfabetismo, isto tomando em conta os níveis e pontos de corte estipulados para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994).

De um modo geral, os dados empíricos assumem que um sujeito que sofra de um quadro psicótico prolongado sofre também de uma determinada deterioração cognitiva, resultado evidente na média do MMSE deste grupo. No entanto, o grupo demencial apresenta uma grande diferença de resultados comparativamente com o grupo das psicoses, verificando-se uma média situada num grave défice cognitivo. Paralelamente a isto podem actuar outras variáveis como é o caso da escolaridade, visto que esta, como mencionado anteriormente, é um importante preditor da probabilidade de se desenvolver um quadro demencial, já que os indivíduos com maior nível de escolaridade acabam por ser detentores

de um maior número de recursos pessoais e de uma maior estimulação cognitiva (Schoenberg, 1986; citado por Netto & Ponte, 2007).

Não se verificaram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os grupos de diagnóstico ao nível das necessidades identificadas. Ou seja, a CANE é o único instrumento, dos utilizados, em que se os resultados não variam com o tipo de diagnóstico.

## 4- Conclusão

A avaliação de necessidades por parte da idosa institucionalizada acaba por ser dependente de outras variáveis que contribuem para a compreensão desta temática.

Neste estudo conclui-se que existem variadas relações entre a avaliação de necessidades e os factores que a rodeiam, bem como entre esses mesmos factores:

- O número de necessidades identificadas por parte das utentes aumenta proporcionalmente aos níveis de depressão e à idade;
- Quanto mais anos de institucionalização, maior o grau de défice cognitivo apresentado pelas utentes;
- Quanto maior o défice cognitivo menor o nível de escolaridade das utentes;
- O grau de depressão é mais acentuado nas utentes com demência;
- A avaliação de necessidades através do instrumento CANE demonstrou que não existem diferenças significativas nos resultados no que diz respeito ao diagnóstico, algo que não aconteceu com a GDS e o MMSE.

Como limitações deste estudo aponta-se fulcralmente e essencialmente a dimensão da amostra (N=52) para a análise de determinadas variáveis através de determinadas metodologias estatísticas. Mais especificamente, em alguns casos os grupos apresentaram-se com distribuições muito diferentes para determinadas análises e conclusões. Por exemplo, no caso da análise referente ao estado civil existiam poucos participantes numa célula para análise comparativa.

Este estudo, também tinha como objectivo a contribuição para a melhor compreensão da avaliação de necessidades. Para além disto, acaba por ser uma base empírica e uma “porta de entrada” para a elaboração e desenvolvimento de outros estudos relacionados.

Como sugestões para investigações futuras aponta-se a utilização de uma amostra de maiores dimensões para ultrapassar determinados constrangimentos metodológicos; uma investigação em que se estratifique os anos de institucionalização para que se possa analisar e identificar o tipo de necessidades características das utentes consoante os anos de institucionalização e o nível de escolaridade.

Tendo em conta que a amostra deste estudo é proveniente de uma única instituição particular de solidariedade social (IPSS), seria interessante verificar e comparar os resultados numa instituição pública.



De um modo geral, a compreensão da Avaliação de Necessidades numa população idosa institucionalizada com patologia mental, acaba por exigir uma abordagem ecológica que nos permita reflectir sobre o desafio de envelhecer nestas condições para a melhor compreensão da necessidade num todo integral.

Envelhecer significa desafio, transição, mudança, reelaboração. Envelhecer com patologia e institucionalização significa perda acentuada, desafio maior, mudança maior. Significa adaptação e empenho dos serviços de saúde a elevar a missão e nível da reabilitação psicossocial com intervenções específicas para esta população. Isto através do conhecimento *a priori* das suas necessidades e com um objectivo de *empowerment* e de sentimentos de auto-eficácia que possam contribuir para o melhor desenvolvimento e vivência desta fase da vida, bem como para a vivência dos últimos anos com maior dignidade possível.

## Bibliografia

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795-813.
- Bédard, M., Gibbons, C. & Dubois, S. (2007). The needs of rural and urban young, middle-aged and older adults with a serious mental illness. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(3), 167-175.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Bigby, C. (2002). Ageing people with a lifelong disability: challenges for the aged care and disability sectors. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 27(4), pp. 231-241.
- Birren, J.E. & Schroots, J.F. 2001. History of Geropsychology. In Birren, J.E. & Schaie, K.W., *Handbook of the psychology of aging*, Academic Press, San Diego.
- Bond, J., Coleman, P. & S. Peace (Eds.), *Ageing in Society: An introduction to social gerontology*. SAGE Publications, London.
- CEDRU: Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal - Relatório Final*. Lisboa: Fundação Aga Khan.
- Choi, N.G. & McDougall, G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 567-583.
- Cummings, S.M. & Cassie, K.M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health and Social Work*, 33(2), 133-143.
- Duarte Silva, M.E. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Pául, & A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Dulin, P. (2002). Psychosocial interventions: General principles for use in geriatric residential care facilities. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA , London.
- Erikson, E., (1982). *The life cycle completed- A review*. New York: W. W. Norton.
- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L., Dias, C., Mateos, R., & Orrel, M. (2009). Validation study of the camberwell assessment of need for the elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 94-102.
- Fernandez-Ballasteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicologia*. PIRAMIDE.
- Ferrari, M.A.C (2007). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In Netto, M.P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu, São Paulo; Brasil.
- Folstein, M.F., Susan, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3) .
- Fonseca, A.M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Pául, & A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leushner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., Mateos, R., & Orrel, M. (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 7-19.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London: Sage.
- Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.
- Hancock, G.A., Woods, B., Challis, D. & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 43-49.

- Hill, R.D., & Gregg, C. (2002). Older adults in residential care: a population at risk. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA , London.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Recenseamento da população e da habitação (Portugal)- Censos 2001. Lisboa: INE.
- Lehmann, S.W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269-279.
- Lind, W. (1997). *Aptidões sociais em saúde mental para fomentar desinstitucionalização de doentes de evolução prolongada*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Magdalena, L.F. (2007). *La relevância del envejecimiento activo durante el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martins de Campos, A.P. (2006). Envelhecimento no feminino: “Bicho de sete cabeças?”. In D. V. Falcão, & C.M. Brito Dias (Orgs), *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50.
- Mortimer, J. A. & Graves, A. B. (1993). Education and other socioeconomic determinants of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43.
- Mouro, M.S. (2009). *Influência da capacidade funcional e meio ecológico nos sentimentos de bem-estar subjectivo e solidão em idosas institucionalizadas: um estudo longitudinal*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e ciências da educação. Lisboa.
- Netto, M.P., & Ponte (2007). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In Netto, M.P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu, São Paulo; Brasil.
- Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres da idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pratt, S.I., Citteres, A.D., Bartels, S.J. & Mueser, K.T. (2008). Helping older people experience sucess: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health

- care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 41-60.
- Queiroz, L. (2006). Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa: Perspectivas para o campo da etnomusicologia. *Claves*, 2.
  - Quivy, R., Campenhoudt L. (2005) *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva, Portugal.
  - Reynolds, T., Thornicroft, G., Woods, B., Abas, M., Hoe, J., Leese, M., & Orrel M. (2000). The development, validity and reliability of the camberwell assessment of need for the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.
  - Ribeiro, S.M (2010). *Necessidades e saúde mental: comparação das necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
  - Sieber, K.O (2002). Training residential staff, intervention execution and maintenance. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA, London.
  - Scocco, P., Rapattoni, & Fantoni, G. (2006). Nursing Home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287.
  - Smith, H.M. (2007). Psychological services needs of older women. *Psychological Services*, 4, 277-286.
  - Spar, J.E., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Climepsi, Lisboa.
  - Steverink, N. & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? : What happens to them with aging?. *Psychology and Aging*, 21(2), 281-290.
  - Thorn, B.L. (2002). Defining residential care from a development perspective. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA, London.
  - Vézina, J., Cappeliez P., Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Gaëtan morin éditeur, Paris.
  - Vinters, H.V., 2001. Aging and the human nervous system. In Birren, J.E, & Schaie, K.W., *Handbook of the psychology of aging*, Academic Press, San Diego.

- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O. Huang, V., Adey, M., Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- World Health Organization (2010). *World Health Statistics 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

## Anexos

### Anexo I. Questionário Sócio Demográfico

#### Dados Sociodemográficos

(Preencha os espaços em branco ou assinale a opção correcta, consoante o caso, sff)

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ (anos)

SEXO: masculino / feminino

ETNIA: Asiática/ Africana/ Branca/ Cigana/ Outra \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: Católica/ Protestante/ Muçulmana/ Hindu/ Judaica/ Outra \_\_\_\_\_

LINGUA-MÃE: Portuguesa/ Outra \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Solteiro(a)/ Casado(a)/ União de facto/ Divorciado(a)/ Separado(a)/ Viúvo(a)

SITUAÇÃO DE VIDA: Sozinho(a)/ Com companheiro(a)/ Com outros parentes/ Com outros

HABITAÇÃO: Apartamento/ Moradia/ Residência Protegida/ Lar ou Casa de Repouso/ Outro

PROFISSÃO EXERCIDA (ou a de cônjuge): \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ (anos)

ESTADO ACTUAL: Internado/ Em Hospital de Dia/ Ambulatório

ANOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO (se for o caso): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS (DSM-IV/ ICD 10): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERAPÉUTICA ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREVENÇÃO DA DOENÇA: (ex: tensão arterial, tabaco, padrão de sono, exercício, rastreios, vacinação)

\_\_\_\_\_

A PESSOA TEM UM CUIDADOR? Sim/ Não

A PESSOA TAMBÉM PRESTA, POR SUA VEZ, CUIDADOS A ALGUÉM? Sim/ Não

## Anexo II. *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly*- CANE

### Exemplo de um item

9. Mobilidade/quedas	Cotação idoso/cuidador/técnico/avaliador			
i) A pessoa tem dificuldades em movimentar-se ou em usar transportes públicos? Cai frequentemente?				
<i>Tem tido problemas em mover-se dentro de casa? Acontece-lhe ter quedas com frequência?</i> <i>Tem tido problemas em usar os transportes públicos?</i>				
0 = Sem necessidade ex: fisicamente capaz e autónoma para mobilizar-se. 1 = Necessidade coberta ex: algumas dificuldades para andar, subir escadas ou usar transportes públicos, mas capaz de o fazer com ajuda (v.g. bengala, cadeira de rodas). Quedas ocasionais. 2 = Necessidade não coberta ex: mobilidade muito limitada, mesmo com ajuda (andarilho, etc.); quedas frequentes; não dispõe de ajuda adequada. 9 = Informação não disponível				
Se pontuar «0» ou «9», siga para a questão 10.				
ii) Qual o apoio que a pessoa recebe de familiares ou amigos relativamente aos problemas de mobilidade?				
0 = Nenhum 1 = Ajuda pequena ex: ajuda ocasional com transportes; suporte. 2 = Ajuda moderada ex: ajuda habitual com questões de mobilidade/transportes públicos; ajuda na organização de alterações dos acessos em casa. 3 = Ajuda grande ex: ajuda e supervisão diárias na mobilidade/deslocações. 9 = Informação não disponível				
iii) Qual o apoio que a pessoa recebe dos serviços da área relativamente aos problemas de mobilidade?				
Qual o apoio de que a pessoa precisaria, por parte dos serviços da área, para problemas de mobilidade?				
0 = Nenhum 1 = Ajuda pequena ex: aconselhamento; fornecimento de um ou mais dispositivos (ou aparelhos). 2 = Ajuda moderada ex: presentemente fazendo exames e/ou avaliações de fisioterapia/terapia ocupacional; transporte regular (v.g. para centro de dia) ou apoio ligeiro na mobilidade. 3 = Ajuda grande ex: alterações e remodelações completas em casa; aparelhos necessários são fornecidos; apoio substancial na maior parte dos dias; em lar devido aos problemas de mobilidade. 9 = Informação não disponível				
iv) Acha que a pessoa recebe a ajuda adequada no que respeita a problemas de mobilidade? (0 = Não; 1 = Sim; 9 = Desconhecido)				
De modo geral, a pessoa está satisfeita com a ajuda que lhe é dada quanto a problemas de mobilidade? (0 = Não satisfeita; 1 = Satisfeita; 9 = Desconhecido)				
v) Comentários				



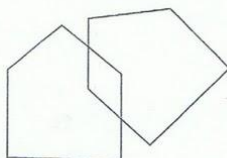
### Anexo III. Mini Mental State Examination- MMSE

MINI-MENTAL STATE - MMS	
NOME: _____	DATA: ____ de ____ de ____
IDADE: ____ Anos	
<b>1. ORIENTAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta).	
Em que ano estamos? _____	
Em que mês estamos? _____	
Em que dia do mês estamos? _____	
Em que dia da semana estamos? _____	
Em que estação do ano estamos? _____	
Em que país estamos? _____	
Em que distrito vive? _____	
Em que terra vive? _____	
Em que casa estamos? _____	
Em que andar estamos? _____	
	Nota: _____
<b>2. RETENÇÃO</b> (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).	
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".	
Pêra _____	
Gato _____	
Bola _____	
	Nota: _____
<b>3. ATENÇÃO E CÁLCULO</b> (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)	
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".	
27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____	
	Nota: _____
<b>4. EVOCAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta.)	
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".	
Pêra _____	
Gato _____	
Bola _____	
	Nota: _____
<b>5. LINGUAGEM</b> (1 ponto por cada resposta correcta).	
a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:	
Relógio _____	
Lápis _____	
	Nota: _____
b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"	
	Nota: _____
c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.	
Pega com a mão direita _____	
Dobra ao meio _____	
Coloca onde deve _____	
	Nota: _____
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.	
Fechou os olhos _____	
	Nota: _____
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.	
	Nota: _____

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

**Pontos de Corte  
(População Portuguesa)**

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

**FECHE OS OLHOS**

## Anexo IV. Geriatric Depression Scale- GDS

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

#### GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1982) "Development and validation of  
a geriatric depression screening scale" J. Psychiatric Res. 17: 37-49

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. *Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. *Pós de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. *Sente a sua vida vazia?	S	N
4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. *Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. *Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. *Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas actividades?	S	N

	Sim	Não
21. *Sente-se cheio(a)de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N
24. Afige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

#### Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8,10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0 -10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30= depressão grave

#### Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 -5 = sem depressão

> 5 = depressão

Nota: estes pontos de corte são os do trabalho original.

autor considera que a escala está no domínio público



## Anexo V. Formulário de Consentimento Informado

Avaliação de necessidades

Clínica Psiquiátrica de S.José ( CPSJ)

Estudo das utentes das Unidades 1 e 4 e avaliação de necessidades

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,

- Tendo sido informado do estudo.
- Tendo podido colocar questões acerca do estudo.
- Tendo recebido informação suficiente acerca do estudo

Tendo falado com.....

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária.

Compreendo que posso sair do estudo sempre e:

- quando o queira
- sem ter que dar qualquer explicação
- sem que isso afecte de alguma forma os cuidados médicos que estou a receber.

Perante o exposto aceito, de forma voluntária, dar o meu contributo para o estudo que está a ser realizado.

Assinatura do paciente

Assinatura do investigador

Assinatura do tutor(1)

Lisboa,.....de.....200.....

(1) Assinatura do tutor ( familiar responsável ou tutor legal) no caso do paciente não poder assinar o consentimento informado.

**Anexo VI. Análise de Variância do Estado Civil relativamente ao grau de depressão e necessidades identificadas.**

	(I) estadocivil	(J) estadocivil	Mean Difference (I-J)	Sig.
<b>Grau de Depressão- GDS</b>	Solteira	Casada	-,57	,1
		Divorciada	-,37	,1
		Separada	-11,90	,18
		Viúva	-5,87	,38
	Casada	Solteira	,57	1,0
		Divorciada	,20	1,0
		Separada	-11,33	,21
		Viúva	-5,30	,88
	Divorciada	Solteira	,37	1,0
		Casada	-,20	1,0
		Separada	-11,53	,26
		Viúva	-5,50	,90
	Separada	Solteira	11,9	,18
		Casada	11,33	,21
		Divorciada	11,53	,26
		Viúva	6,033	,73
	Viúva	Solteira	5,87	,38
		Casada	5,30	,88
		Divorciada	5,50	,90
		Separada	-6,03	,73
<b>Necessidades- CANE</b>	Solteira	Solteira	-,13	1,00
		Divorciada	,13	1,00
		Separada	-2,13	1,00
		Viúva	-5,56	,27
	Casada	Solteira	,13	1,00
		Divorciada	,26	1,00
		Separada	-2,00	1,00
		Viúva	-5,43	,51
	Divorciada	Solteira	-,13	1,00
		Casada	-,26	1,00
		Separada	-2,26	1,00
		Viúva	-5,70	,50
	Separada	Solteira	2,13	1,00
		Casada	2,00	1,00
		Divorciada	2,26	1,00
		Viúva	-3,43	,99

Viúva	Solteira	5,56	,27
	Casada	5,43	,51
	Divorciada	5,70	,50
	Separada	3,43	,99

---

**Nota.** \* $p < 0,05$